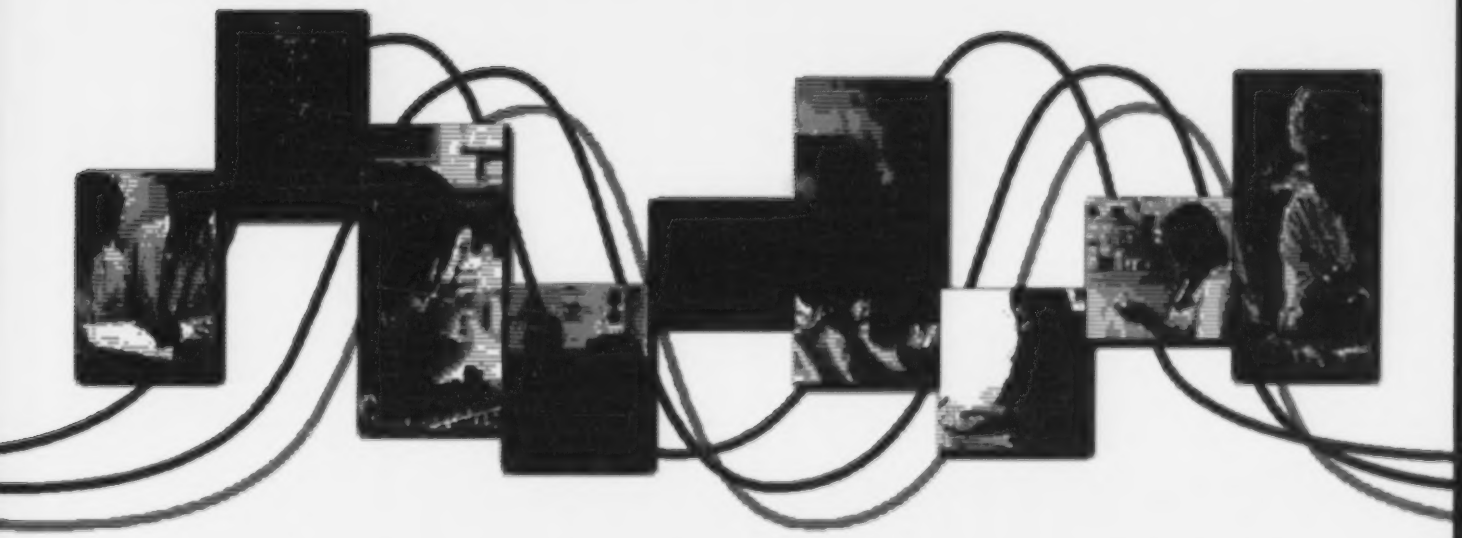
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Patented Medicine Prices Review Board

# Analyse des facteurs de coût associés aux frais d'exécution d'ordonnance assumés par les régimes publics d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008

Septembre 2011



Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

SNIUMP

Canada

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Le document « Analyse des facteurs de coût associés aux frais d'exécution d'ordonnance assumés par les régimes publics d'assurance médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008 » se trouve en format électronique à l'adresse suivante : www.pmprb-cepmb.gc.ca.

This document is also available in English under the title:
*Public Drug Plan Dispensing Fees: A Cost-Driver Analysis, 2001/02 to 2007/08.*

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Centre Standard Life
C.P. L40
333, avenue Laurier Ouest
Bureau 1400
Ottawa (Ontario) K1P 1C1
Tél. : 1-877-861-2350
613-952-7360
Téléc. : 613-952-7626
ATS : 613-957-4373
Courriel : pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca
Site Web : www.pmprb-cepmb.gc.ca

ISBN : 978-1-100-98073-7
N° cat. : H82-11/2011F-PDF

---

Les déclarations et les opinions exprimées dans le présent rapport du SNIUMP ne représentent pas la position officielle du CEPMB. Le SNIUMP est une initiative de recherche qui fonctionne indépendamment des activités de réglementation du Conseil.

## Le CEPMB

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires. Il a été créé par le Parlement en 1987.

Le CEPMB est investi d'un double rôle : veiller à ce que les prix auxquels les brevetés vendent leurs médicaments brevetés au Canada ne soient pas excessifs et faire rapport des tendances des prix de vente de tous les médicaments ainsi que des dépenses de recherche et développement (R-D) des brevetés.

Le CEPMB rend annuellement compte au Parlement, par l'intermédiaire du ministre de la Santé, de ses activités, des tendances des prix de tous les médicaments et des dépenses de R-D des brevetés.

## L'initiative du SNIUMP

Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) effectue des analyses critiques des tendances des prix des médicaments d'ordonnance, de l'utilisation faite de ces médicaments et des coûts en médicaments au Canada. Les résultats de ces analyses éclairent le processus de décision des régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux participants.

L'initiative du SNIUMP est un partenariat entre le CEPMB et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle a vu le jour en 2001 à la suite d'une entente entre les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

# Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) au titre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).

Le CEPMB reconnaît les contributions des membres du Comité directeur du SNIUMP pour leur supervision spécialisée et leur orientation dans le cadre de la rédaction du présent rapport.

# Résumé


Au cours des dernières années, les dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments ont augmenté rapidement dans plusieurs régimes publics canadiens d'assurance-médicaments, dont plusieurs ont connu des taux de croissance annuels à deux chiffres.

Les données recueillies portaient sur les neuf régimes publics d'assurance-médicaments qui ont participé à l'initiative du SNIUMP de 2001-2002 à 2007-2008, soit huit administrations provinciales (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É. et Î.-P.-É.) et un programme national (le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada). Ensemble, ces neuf régimes publics d'assurance-médicaments ont remboursé plus d'un milliard de dollars (1,27 milliard) en frais d'exécution d'ordonnance en 2007-2008, affichant un taux de croissance annuel moyen de 9,1 % de 2001-2002 à 2007-2008. En ajoutant la marge bénéficiaire à ce total, le montant qui a été remboursé aux pharmacies par les régimes publics d'assurance-médicaments en 2007-2008 s'est chiffré à 1,54 milliard de dollars ou 19,3 % du coût total des médicaments sur ordonnance.

Le présent rapport cerne et ensuite chiffre les facteurs attribuables aux dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance de 2001-2002 à 2007-2008. L'une des principales constatations est que la croissance du nombre d'ordonnances représente un important facteur de coût. Bien que l'augmentation du nombre d'ordonnances soit principalement attribuable à la hausse de la demande de médicaments, l'étude a désigné les changements à la durée des ordonnances comme un facteur important dans trois administrations : la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Ontario.

À l'instar du nombre d'ordonnances, le remboursement moyen par ordonnance a été un facteur important dans les provinces de l'Ouest, mais non pas dans le reste du Canada. L'Ontario et le Nouveau-Brunswick, par exemple, ont affiché des frais d'exécution d'ordonnance stables au cours de la période visée par l'étude.

Un autre remboursement important aux pharmacies par les régimes publics d'assurance-médicaments est celui de la marge bénéficiaire sur le prix des médicaments. L'étude a conclu que le fait de tenir compte de la marge bénéficiaire fait en sorte que les remboursements aux pharmacies qui font partie du coût des médicaments sur ordonnance soient beaucoup plus élevés dans deux administrations : la Saskatchewan et l'Ontario.

# Table des matières


Résumé ..... iii

1 Introduction ..... 1

2 Source des données ..... 2

3 Aperçu des tendances des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance ..... 3

4 Facteurs de croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance ..... 5

4.1 Frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance ..... 6

4.2 Nombre d'ordonnances ..... 7

4.3 Durée d'ordonnance ..... 8

4.3.1 Études de cas sur la durée d'ordonnance ..... 11

5 Modèles des facteurs de coût ..... 17

5.1 Modèle à deux facteurs ..... 17

5.2 Modèle à trois facteurs ..... 18

6 Remboursement de la marge bénéficiaire des pharmacies ..... 20

6.1 Politique sur la marge bénéficiaire ..... 20

6.2 Analyse des remboursements aux pharmacies ..... 20

7 Conclusion ..... 23

8 Bibliographie ..... 24

Annexe 1 : Méthode et formules ..... 25

Annexe 2 : Glossaire des termes ..... 28

Annexe 3 : Liste des ingrédients examinés dans les études de cas sur la durée d'ordonnance ..... 29

Annexe 4 : Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance, dépenses liées à la marge bénéficiaire et nombre d'ordonnances par régime d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008 ..... 30

Annexe 5 : Aperçu des régimes de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance ..... 32

# 1 Introduction

Dernièrement, plusieurs régimes publics canadiens d'assurance-médicaments ont vu leurs dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance augmenter rapidement (certains d'entre eux ont connu des taux de croissance annuels à deux chiffres), tandis que les dépenses engagées dans d'autres régimes publics d'assurance-médicaments sont demeurées relativement stables.

Les données recueillies portaient sur neuf régimes publics d'assurance-médicaments qui ont participé à l'initiative du SNIUMP de 2001-2002 à 2007-2008, soit huit administrations provinciales (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É. et Î.-P.-É.) et un programme national (le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada). Ensemble, ces neuf régimes publics d'assurance-médicaments ont remboursé plus d'un milliard de dollars (1,27 milliard) en frais d'exécution d'ordonnance en 2007-2008, affichant un taux de croissance annuel moyen de 9,1 % de 2001-2002 à 2007-2008. En ajoutant la marge bénéficiaire à ce total, le montant qui a été remboursé aux pharmacies par les régimes publics d'assurance médicaments en 2007-2008 s'est chiffré à 1,54 milliard de dollars ou 19,3 % du coût total des médicaments sur ordonnance.

La présente étude a pour but d'examiner, de quantifier et d'expliquer les facteurs attribuables à ces augmentations de coût de 2001-2002 à 2007-2008. Plus précisément, elle démêle les raisons pour lesquelles les remboursements des frais d'exécution d'ordonnance ont augmenté si rapidement dans certains régimes publics d'assurance-médicaments, tandis qu'ils sont demeurés relativement stables dans d'autres régimes.

# 2 Source des données

La source de données principales de la présente étude a été la base de données SNIUMP sur les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données recueillies comprenaient le DIN, ou numéro d'identification du médicament, qui permet d'identifier de manière unique le nom de marque, l'ingrédient actif, la posologie, la forme, et la concentration.

Les données chronologiques au niveau du DIN sur les six régimes publics d'assurance-médicaments (Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É. et Î.-P.-É.) ont été extraites dans la base de données du SNIUMP pour les exercices 2001-2002 à 2007-2008. Les données au niveau du DIN pour les mêmes exercices ont été obtenues pour trois autres régimes publics d'assurance-médicaments (Ont., C.-B. et SSNA) de la base de données colligées sur les régimes publics d'assurance-médicaments du CEPMB. Les variables clés qui ont été extraites comprennent les dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance et de marge bénéficiaire, le nombre d'ordonnances et le nombre de jours d'approvisionnement.

Puisque l'étude était axée sur les dépenses assumées par les régimes publics d'assurance-médicaments, on a utilisé les données sur les montants *payés* lorsqu'elles étaient connues[1]. Ces données comprennent les montants en dollars remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, *sans* part du bénéficiaire comme une quote-part ou une franchise. Aux fins de l'analyse, les produits non médicamenteux comme les fournitures médicales et les préparations injectables ont été rejetés à la sélection, puisqu'ils produisent des résultats incompatibles en raison de questions liées à la qualité des données[2].

Les données sur les jours d'approvisionnement ont représenté un défi unique en matière d'assurance de la qualité. Bien que la plupart des pharmacies saisissent le nombre réel de jours d'approvisionnement d'une ordonnance, les gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments[3] indiquent que certaines pharmacies saisissent périodiquement les données en fonction des « règles administratives » qui régissent un médicament en particulier. Par conséquent, il était nécessaire de valider ces données et d'en évaluer la qualité. On a utilisé plusieurs procédures, y compris les suivantes : (*i*) des contrôles de la qualité en vue de détecter l'absence de données ou la présence de données irrégulières; (*ii*) des contrôles visant à évaluer si les données avaient été saisies selon les règles administratives et (*iii*) une validation visant à garantir que les données affichent la tendance prévue. Selon ces contrôles, il a été déterminé que la qualité des données sur les jours d'approvisionnement était suffisamment élevée pour que les données servent à analyser les tendances de sept régimes publics d'assurance-médicaments (C.-B., Alb.[4], Man., Ont., N.-B., Î.-P.-É. et N.-É.)

En ce qui concerne les modèles des facteurs de coût, on s'est servi des données sur la quantité de médicaments à titre d'indicateurs du nombre de jours d'approvisionnement, et ce, afin de présenter la situation de tous les régimes publics d'assurance-médicaments. Par souci de cohérence, la quantité de médicaments sur le plan des ingrédients, de la forme et de la posologie a été utilisée. Aux fins de calcul, le jeu de données se limitait à un sous-ensemble comprenant les médicaments solides par voie orale et les médicaments existants dans la première et la dernière période de l'analyse. Ces médicaments représentaient en moyenne 80 % des dépenses liées aux médicaments dans l'ensemble du Canada. Aux fins de l'analyse de la marge bénéficiaire, on a suivi une étape supplémentaire consistant à valider les données en comparant les remboursements à la politique annuelle sur la marge bénéficiaire (de 2001 à 2008) de chaque régime public d'assurance-médicaments, d'après le document *Provincial Drug Benefit Programs* (Association des pharmaciens du Canada de 2001 à 2008).

1 Les variables sur les montants payés dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments étaient connues dans la base de données du CEPMB; cependant, la base de données SNIUMP de l'ICIS ne comprend pas les remboursements demandés qui ont été effectués. En conséquence, on a utilisé la variable des montants *acceptés* à titre de remplacement, en rejetant les ordonnances qui n'avaient pas de composante de remboursement dans le cadre d'un régime public d'assurance-médicaments.

2 En raison des divers filtres de données qui ont été utilisés dans l'ensemble du présent rapport, les résultats présentés peuvent légèrement varier d'une section à l'autre.

3 Selon les discussions qui ont eu lieu avec les gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments lors des réunions du Comité directeur du SNIUMP.

4 En raison de questions liées à la qualité des données, on a utilisé un jeu de données partiel pour l'Alberta.

# 3 Aperçu des tendances des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance

De 2001-2002 à 2007-2008, les dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance ont connu une croissance relativement rapide dans plusieurs régimes publics d'assurance-médicaments, le taux de croissance étant composé de deux chiffres en Saskatchewan, en Ontario, au Manitoba, en Colombie-Britannique et dans les SSNA (12,8 %, 12,0 %, 11,3 %, 10,4 % et 10,0 %, respectivement) et se chiffrant à 8,1 % en Alberta. À titre de comparaison, les taux de croissance étaient inférieurs dans les provinces des Maritimes, soit de 7,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard, de 5,3 % au Nouveau-Brunswick et de 5,3 % en Nouvelle-Écosse. Pour plus de détails, consultez l'annexe 4, tableau A4.1.

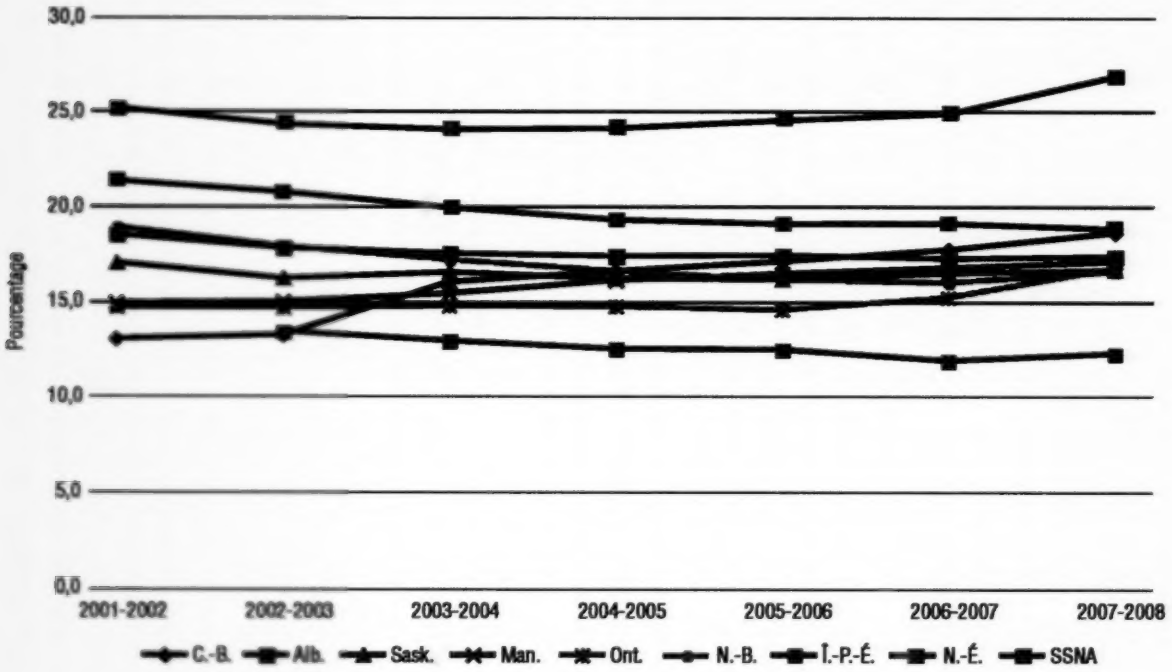
Dans l'ensemble du Canada, ces neuf régimes publics d'assurance-médicaments ont entraîné des remboursements totalisant 1,27 milliard de dollars en frais d'exécution d'ordonnance en 2007-2008. Dans le cas de la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments, on a remboursé une partie équivalente du total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance, soit entre 15 et 20 % (2007-2008). Les deux exceptions ont été les SSNA, dans le cadre desquels on a dépensé plus du quart de leurs dépenses liées aux médicaments sur ordonnance sur les frais d'exécution d'ordonnance, et l'Î.-P.-É., qui a dépensé 12,3 %.

Les tendances de la part des frais d'exécution d'ordonnance par rapport au total des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance (graphique 1) ont varié au Canada de 2001-2002 à 2007-2008. Par exemple, la part de l'Ontario a augmenté de 14,8 % en 2001-2002 à 16,8 % en 2007-2008, tandis que la part du Nouveau-Brunswick a diminué de 19,0 % à 16,6 %.

**Tableau 1. Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance par régime public canadien d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008**

| Régime public d'assurance-médicaments | Taux de croissance annuel moyen, de 2001-2002 à 2007-2008 | Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance, 2007-2008 (en millions de dollars) | Part du total des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance, 2007-2008 |
|---|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 10,4 % | 174,3 $ | 18,6 % |
| Alberta | 8,1 % | 131,6 $ | 17,2 % |
| Saskatchewan | 12,8 % | 52,7 $ | 16,9 % |
| Manitoba | 11,3 % | 49,8 $ | 17,4 % |
| Ontario | 12,0 % | 696,5 $ | 17,1 % |
| Nouveau-Brunswick | 5,3 % | 29,4 $ | 15,8 % |
| Nouvelle-Écosse | 5,3 % | 33,1 $ | 19,1 % |
| Île-du-Prince-Édouard | 7,0 % | 3,4 $ | 12,3 % |
| SSNA | 10,0 % | 97,1 $ | 26,9 % |
| Total ou moyenne | 9,13 % | 1 267,8 $ | 17,9 % |

**Graphique 1. Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance sous forme de part en pourcentage du total des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance, de 2001-2002 à 2007-2008**




| | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.-B. | 13,1 % | 13,3 % | 16,1 % | 16,7 % | 17,2 % | 17,8 % | 18,7 % |
| AB | 18,6 % | 17,9 % | 17,6 % | 17,5 % | 17,5 % | 17,3 % | 17,4 % |
| SK | 17,1 % | 16,3 % | 16,6 % | 16,2 % | 16,2 % | 16,5 % | 16,7 % |
| MB | 15,0 % | 15,1 % | 15,5 % | 16,2 % | 16,5 % | 16,8 % | 17,2 % |
| ON | 14,8 % | 14,7 % | 14,8 % | 14,8 % | 14,6 % | 15,3 % | 16,8 % |
| N.-B. | 19,0 % | 18,0 % | 17,2 % | 16,6 % | 16,2 % | 16,0 % | 16,6 % |
| Î.-P.-É. | — | 13,5 % | 13,0 % | 12,6 % | 12,5 % | 12,0 % | 12,3 % |
| N.-É. | 21,4 % | 20,8 % | 20,0 % | 19,4 % | 19,1 % | 19,2 % | 18,9 % |
| SSNA | 25,3 % | 24,4 % | 24,1 % | 24,2 % | 24,6 % | 25,0 % | 26,9 % |

# 4 Facteurs de croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance

La présente section cerne et chiffre les facteurs attribuables aux dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments. Elle présente des exemples, des tendances statistiques, des règlements pertinents et des études de cas pour illustrer la contribution de chaque facteur. La section suivante (section 5, *Modèles des facteurs de coût*) présente deux modèles de facteurs de coût estimant la contribution relative de chaque facteur à la croissance des dépenses.

Sur le plan mathématique, le total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance varie selon le produit du nombre total d'ordonnances et les frais d'exécution d'ordonnance moyens qui ont été remboursés par ordonnance (voir l'annexe 1 : Méthode et formules).

Les remboursements des frais d'exécution d'ordonnance par les régimes publics d'assurance-médicaments sont établis par la voie d'un règlement ou conformément à un accord avec les associations de pharmacies. Tel qu'il est indiqué dans la section suivante, les remboursements peuvent varier considérablement d'un régime à l'autre. Le nombre d'ordonnance peut varier selon deux facteurs : (*i*) la variation de l'utilisation ou de la demande des médicaments, et (*ii*) la variation de la durée d'ordonnance, ce qui peut avoir une incidence sur la fréquence des demandes de remboursement[5]. Les deux scénarios suivants illustrent la différence de coût possible en fonction des changements de durée d'ordonnance, qui sont mesurés en fonction du nombre de jours d'approvisionnement.

### *Scénario 1 : 1 000 ordonnances pour 60 jours d'approvisionnement = total de 9 000 $ de dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance*

Dans le premier scénario, 1 000 ordonnances sont remboursées, les frais d'exécution d'ordonnance moyens étant de 9,00 $ et la durée d'ordonnance moyenne étant de 60 jours d'approvisionnement. Cela entraîne des dépenses totales de 9 000 $ et des frais d'exécution d'ordonnance par jour d'approvisionnement de 0,15 $. Autrement dit, le régime public d'assurance-médicaments rembourse en moyenne 15 cents en frais d'exécution d'ordonnance par journée de médication des patients.

### *Scénario 2 : 1 500 ordonnances pour 40 jours d'approvisionnement = total de 13 500 $ de dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance*

Dans le deuxième scénario, la durée d'ordonnance diminue, passant d'une moyenne de 60 à 40 jours d'approvisionnement. Puisque l'on a toujours besoin des 60 000 jours d'approvisionnement de médicaments pour le traitement (1 000 ordonnances x 60 jours d'approvisionnement par ordonnance), un plus grand nombre d'ordonnances doit être rempli : 60 000 ÷ 40 = 1 500 ordonnances. Ainsi, bien que les frais d'exécution d'ordonnance établis par les régimes publics d'assurance-médicaments ne changent pas (9,00 $), les frais par jour d'approvisionnement augmentent de 0,15 $ à 0,225 $. Cela signifie que le régime public d'assurance-médicaments rembourse 50 % plus de frais d'exécution d'ordonnance par jour en raison de la baisse de 20 jours d'approvisionnement dans la durée d'ordonnance. En conséquence, le total des frais d'exécution d'ordonnance dans le scénario 2 augmente de 9 000 $ à 13 500 $. Dans l'ensemble, ces scénarios illustrent l'effet considérable que la durée d'ordonnance peut avoir sur les dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance.

[5] Afin de réduire le gaspillage, certaines administrations limitent l'approvisionnement quotidien aux nouvelles ordonnances. Bien que cette politique puisse augmenter le total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance, des économies pourraient être réalisées sur le plan du coût d'ensemble du régime public.

## 4.1 Frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance

Comme il en a été question précédemment, la croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance s'explique, en partie, par les frais remboursés aux pharmacies chaque fois qu'un médicament sur ordonnance est délivré à un bénéficiaire. Les frais d'exécution d'ordonnance sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, et le barème des frais peut être simple ou complexe et varier en fonction des sous-programmes, des catégories de médicaments et de la fourchette des coûts des médicaments. Une description détaillée de ces régimes de remboursement se trouve à l'annexe 5, tableau A5.1. Afin de simplifier l'analyse, on a cerné trois grands types de régimes.

1) **Plafond des frais d'exécution d'ordonnance**—Il s'agit du *montant maximal* qu'un régime public d'assurance-médicaments remboursera au pharmacien qui a délivré un médicament sur ordonnance. Plusieurs régimes publics d'assurance-médicaments utilisent cet outil, bien que les détails concernant la politique varient d'une province à l'autre. L'Ontario et la Saskatchewan utilisent un seul taux de prime fixe, tandis qu'en Colombie-Britannique, les frais ne doivent pas être supérieurs aux frais « habituels et coutumiers » qui sont imputés pour tout médicament sur ordonnance vendu dans la province (*BC PharmaCare Newsletter 2010*). L'Île-du-Prince-Édouard utilise des plafonds aux taux dans le cadre de certains programmes comme ceux des enfants pris en charge, de l'aide financière et du renoncement au tabac, tandis qu'elle n'impose aucune limite à ses aînés et à d'autres programmes.

2) **Taux variables**—Deux régimes publics d'assurance-médicaments, soit ceux de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick, utilisent un barème de remboursement à taux variable fondé sur le coût d'acquisition réel du médicament par demande. Dans les deux cas, le barème comprend des frais maximaux d'exécution d'ordonnance qui sont remboursés pour une gamme diverse de prix d'achat : plus haute est la gamme, plus haut sera le taux. Les frais de la Nouvelle-Écosse représentent des hybrides de taux plafonds et de taux variables : ils comportent deux plafonds selon que le médicament appartient ou non à la catégorie des médicaments à coût élevé.

3) **Taux du marché**—Le Manitoba n'impose aucune limite aux frais d'exécution d'ordonnance. Les frais d'exécution d'ordonnance sont fondés sur le taux du marché, et la province rembourse la totalité du montant demandé. On n'impose pas non plus de limite aux programmes des aînés, de la santé familiale et des médicaments à coût élevé de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le tableau 2 présente les frais d'exécution d'ordonnance moyens de 2001-2002 à 2007-2008. Les figures représentent une moyenne d'ensemble de toutes les ordonnances englobant l'ensemble des sous-programmes, des niveaux de coût des médicaments sur ordonnance et des classifications des médicaments dans chaque régime public d'assurance-médicaments. En règle générale, les frais moyens sont légèrement inférieurs aux taux établis dans chaque régime public d'assurance-médicaments, puisque les frais d'exécution d'ordonnance qui sont remboursés peuvent être plus bas sans toutefois pouvoir dépasser un certain plafond ou maximum. Par exemple, en 2007-2008, le plafond de la Saskatchewan a varié de 8,46 $ à 8,63 $, tandis que le remboursement moyen a été de 7,96 $.

Dans le cas de la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments, les frais d'exécution d'ordonnance moyens ont augmenté progressivement en suivant de près le taux de croissance annuel moyen, de 2,2 %. Au Nouveau-Brunswick (0,7 %), les frais ont augmenté plus lentement que la moyenne, tandis que dans certaines provinces de l'Ouest, telles que l'Alberta (3,2 %), la Saskatchewan (3,3 %) et le Manitoba (3,0 %), l'augmentation des frais a été d'environ un pour cent supérieure à la moyenne. Ainsi, les frais par ordonnance ont été un facteur de coût dans certaines provinces de l'Ouest, mais non pas dans le reste du Canada[6].

[6] Veuillez noter que l'analyse ne tient pas compte des possibles économies de coût qui peuvent être associées à la réduction du gaspillage d'ordonnances initiales importantes visant à traiter les conditions chroniques attribuables à la non-conformité ou à une réaction indésirable à un médicament.

**Tableau 2. Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance et par régime public d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008**

| Régime public d'assurance-médicaments | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | Taux de croissance annuel moyen composé (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 6,25 $ | 6,75 $ | 7,24 $ | 7,38 $ | 7,42 $ | 7,43 $ | 7,32 $ | 2,7 % |
| Alberta | 10,53 $ | 10,91 $ | 11,34 $ | 11,95 $ | 12,55 $ | 12,72 $ | 12,72 $ | 3,2 % |
| Saskatchewan | 6,55 $ | 6,71 $ | 7,19 $ | 7,19 $ | 7,36 $ | 7,73 $ | 7,96 $ | 3,3 % |
| Manitoba | 6,74 $ | 7,30 $ | 7,98 $ | 8,34 $ | 8,33 $ | 8,42 $ | 8,07 $ | 3,0 % |
| Ontario | 6,38 $ | 6,43 $ | 6,47 $ | 6,50 $ | 6,50 $ | 6,75 $ | 6,99 $ | 1,6 % |
| Nouveau-Brunswick | 8,67 $ | 8,82 $ | 8,90 $ | 8,97 $ | 9,02 $ | 9,05 $ | 9,03 $ | 0,7 % |
| Nouvelle-Écosse | 8,79 $ | 8,96 $ | 8,98 $ | 9,30 $ | 9,73 $ | 10,04 $ | 9,95 $ | 2,1 % |
| Île-du-Prince-Édouard* | — | — | — | 6,25 $ | 6,51 $ | 6,41 $ | 6,57 $ | 1,7 % |
| SSNA | 6,97 $ | 7,11 $ | 7,29 $ | 7,44 $ | 7,62 $ | 7,73 $ | 8,20 $ | 2,8 % |
| Moyenne | 7,61 $ | 7,87 $ | 8,18 $ | 8,38 $ | 8,57 $ | 8,73 $ | 8,53 $ | 2,2 % |

* Les données sur le nombre d'ordonnances de l'Île-du-Prince-Édouard se limitaient à quatre années : 2004-2005 à 2007-2008.

## 4.2 Nombre d'ordonnances

Bien que la croissance des frais d'exécution d'ordonnance moyens ait eu peu d'effets sur les dépenses, de 2001-2002 à 2007-2008, le nombre d'ordonnances a augmenté rapidement dans certains régimes publics d'assurance-médicaments, et plus lentement dans d'autres (tableau 3). L'Ontario a affiché le taux de croissance le plus rapide, sa moyenne comportant deux chiffres (10,9 %), tandis que la Saskatchewan a connu une croissance équivalente (9,3 %). Le nombre d'ordonnances a augmenté moins rapidement en Colombie-Britannique (7,2 %), au Manitoba (7,8 %), dans les SSNA (7,2 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (6,4 %). Dans d'autres provinces, le nombre d'ordonnances a augmenté à un rythme modéré (3,1 % en Nouvelle-Écosse, 4,3 % au Nouveau-Brunswick et 4,7 % en Alberta), contribuant moins à la croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance que dans d'autres régimes publics d'assurance-médicaments.

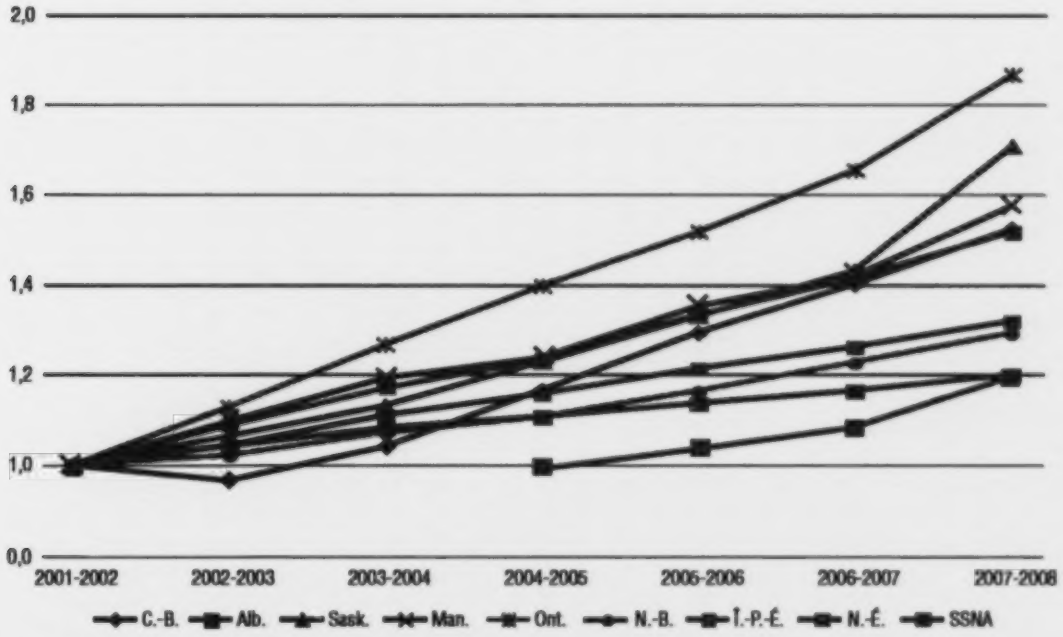
Ainsi que le montre le tableau 3, 168,6 millions d'ordonnances ont été remboursées en tout par ces neuf régimes publics d'assurance-médicaments en 2007-2008.

**Tableau 3. Croissance du nombre d'ordonnances par régime public d'assurance-médicaments (de 2001-2002 à 2007-2008)**

| Régimes publics d'assurance-médicaments | Taux de croissance annuel moyen composé, de 2001-2002 à 2007-2008 | Nombre total d'ordonnances, 2007-2008 (en millions de dollars) |
|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 7,2 % | 23,8 |
| Alberta | 4,7 % | 10,3 |
| Saskatchewan | 9,3 % | 6,5 |
| Manitoba | 7,8 % | 6,2 |
| Ontario | 10,9 % | 102,9 |
| Nouveau-Brunswick | 4,3 % | 3,2 |
| Nouvelle-Écosse | 3,1 % | 3,3 |
| Île-du-Prince-Édouard* | 6,4 % | 0,5 |
| SSNA | 7,2 % | 11,9 |
| Moyenne ou total | 6,8 % | 168,6 |

* Les données sur le nombre d'ordonnances de l'Île-du-Prince-Édouard se limitaient à quatre années : 2004-2005 à 2007-2008.

**Graphique 2. Croissance indexée du nombre d'ordonnances par régime public d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008***




* Les données sur le nombre d'ordonnances de l'Île-du-Prince-Édouard se limitaient à quatre années : 2004-2005 à 2007-2008.

On a élaboré un index visant à illustrer les tendances et l'effet cumulatif de la croissance du nombre d'ordonnances de 2001-2002 à 2007-2008 (graphique 2). L'index montre que le taux de croissance varie considérablement dans l'ensemble du Canada, le nombre d'ordonnances augmentant plus rapidement dans plusieurs régimes publics d'assurance-médicaments et plus lentement dans d'autres régimes. En Ontario, par exemple, le total d'ordonnances a augmenté de 86 % sur la période de sept ans visée par l'étude, tandis que les demandes ont augmenté de 70 % en Saskatchewan, de 57 % au Manitoba et de 52 % en Colombie-Britannique. À titre de comparaison, le nombre total d'ordonnances a augmenté d'un tiers en Alberta (32 %), de 29 % au Nouveau-Brunswick et de 20 % en Nouvelle-Écosse. La plupart de ces provinces ont affiché un modèle de croissance uniforme, à l'exception de la Colombie-Britannique, où la croissance a diminué pendant une année (2001-2002) à la suite de l'introduction du programme Fair PharmaCare, et de la Saskatchewan, qui a connu une vive tendance à la hausse en 2006-2007.

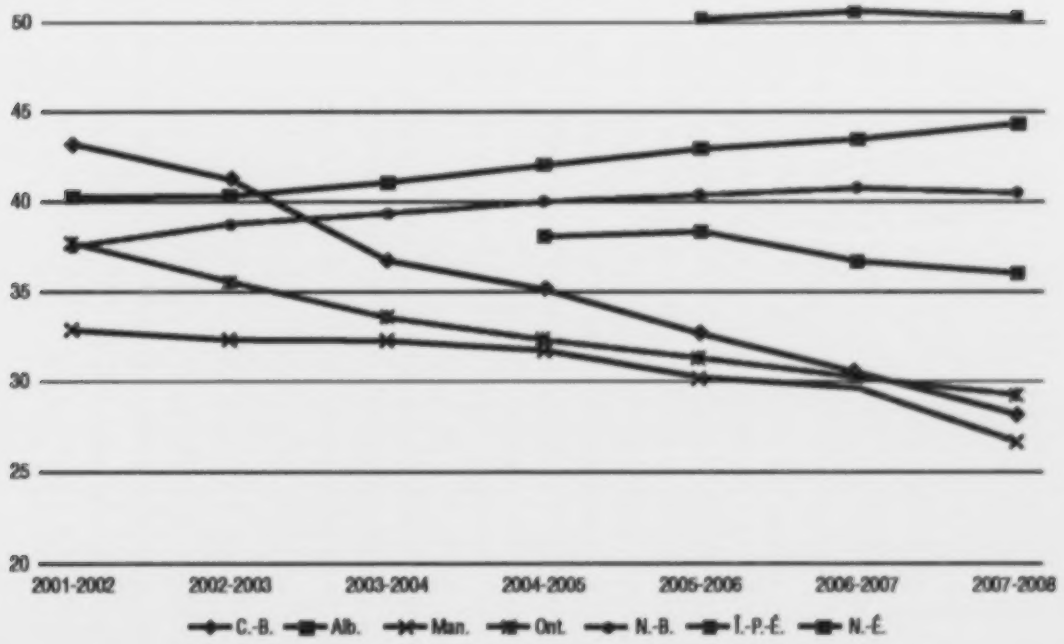
La croissance du nombre d'ordonnances peut être la fonction de plusieurs facteurs, y compris l'augmentation de l'utilisation ou de la demande de médicaments et la diminution de la durée d'ordonnance. La section suivante présentera une analyse approfondie de ce dernier facteur.

## 4.3 Durée d'ordonnance

Tel qu'il a en a déjà été question, les changements de durée d'ordonnance peuvent avoir un effet considérable sur les dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance. La présente section fera valoir des statistiques sur les jours d'approvisionnement par ordonnance et les frais d'exécution d'ordonnance par jour d'approvisionnement, qui visent à relever les tendances.

À l'instar des frais d'exécution d'ordonnance, le nombre de jours d'approvisionnement est réglementé par les régimes publics d'assurance-médicaments. On se penche principalement sur les limites imposées au nombre de jours d'approvisionnement par ordonnance, comme 14, 30, 60 et 90 à 100 jours.

**Graphique 3. Average day supply per prescription by public drug plan, 2001/02 to 2007/08**



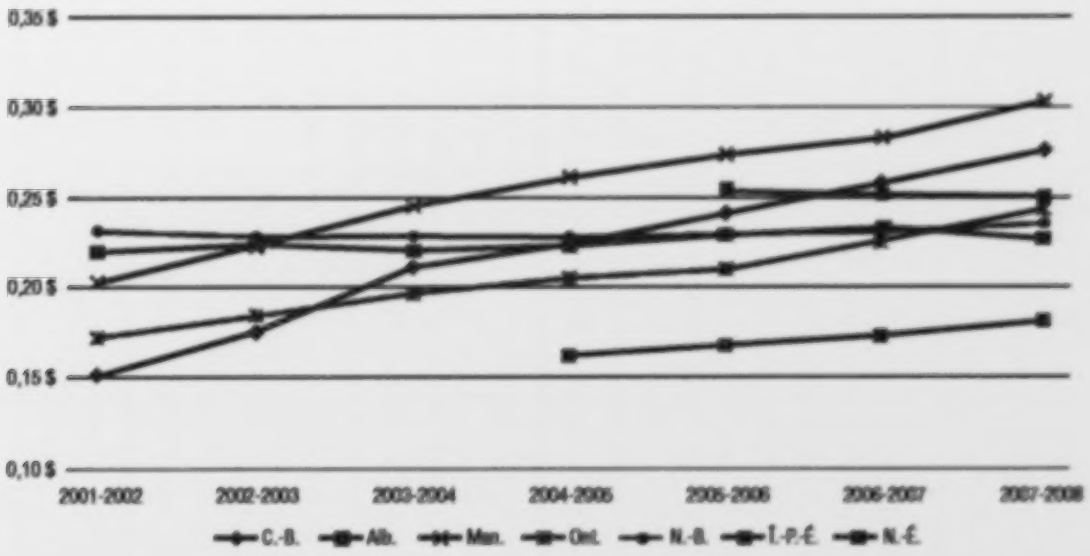

Bien qu'il y ait des différences entre les régimes d'assurance-médicaments, la plupart de ceux-ci imposent des limites de jours d'approvisionnement en fonction des besoins de groupes de patients ou de types de médicaments en particulier. Par exemple, on impose des limites de jours d'approvisionnement aux groupes qui ont besoin d'être surveillés comme les résidents d'établissements de soins de longue durée, les personnes recevant des soins de courte durée et les nouveaux bénéficiaires de certains médicaments, tels que les narcotiques et les ordonnances de drogues d'épreuve qui sont délivrées pour un nombre limité de jours (14 à 35 jours). Les médicaments d'entretien comme ceux qui sont prescrits pour traiter les maladies cardiovasculaires sont délivrés pour des périodes plus longues, habituellement jusqu'à concurrence de 100 jours.

Jusqu'à récemment, les politiques sur les jours d'approvisionnement n'ont pas beaucoup changé d'une année à l'autre. En 2008, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont tous deux introduit de nouveaux règlements. La Colombie-Britannique a introduit une nouvelle politique sur la fréquence de délivrance, selon laquelle elle s'attend à ce que les médicaments d'entretien à long terme soient délivrés sur 100 jours d'approvisionnement et à ce que les médicaments à court terme soient délivrés sur 30 jours tout au plus, sauf en cas de nécessité médicale. Dans le cas des ordonnances de courte durée, un médecin ou pharmacien doit en donner les raisons. L'Ontario a apporté des changements semblables : les ordonnances de longue durée (100 jours d'approvisionnement) sont obligatoires pour tous les médicaments, à moins que le médecin prescripteur n'ordonne une période plus courte ou que l'ordonnance soit remplie pour la première fois. (À l'annexe 5, le tableau A5.2 présente un résumé détaillé des politiques sur les jours d'approvisionnement par régime public d'assurance-médicaments de 2001 à 20087).

Le graphique 3 présente les tendances de la durée d'ordonnance pour la période visée par l'étude (2001-2002 à 2007-2008). Les résultats montrent que les tendances ont varié fortement d'un bout à l'autre du pays. En Ontario, en Colombie-Britannique, au Manitoba et à l'Î.-P.-É., la tendance va vers les durées

7 Veuillez noter que les SSNA n'ont pas été incluses dans l'analyse de la durée d'ordonnance en raison de questions liées à la qualité des données propres au domaine de l'approvisionnement quotidien.

**Graphique 4. Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance par jour d'approvisionnement et par régime public d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008**




d'ordonnance plus courtes, tandis que la durée d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse a légèrement augmenté. La Colombie Britannique a enregistré la plus forte baisse, ses jours d'approvisionnement par ordonnance passant d'une moyenne de 43 jours en 2001-2002 à 28 jours en 2007-2008. L'Ontario a connu la deuxième baisse la plus forte, les jours d'approvisionnement passant de 38 à 29. Quant au Manitoba, il a affiché la chute la moins forte, passant de 33 à 27 jours d'approvisionnement. D'un autre côté, la durée d'ordonnance du Nouveau-Brunswick a augmenté de 3 jours, passant de 38 à 41, tandis que celle de la Nouvelle-Écosse a augmenté de 40 à 45 jours. En Alberta, les données sur les jours d'approvisionnement se sont limitées à trois années, mais elles montrent une tendance stable légèrement supérieure à 50 jours d'approvisionnement par demande.

Le graphique 4 présente une deuxième statistique relative à la durée d'ordonnance : les frais d'exécution d'ordonnance par jour d'approvisionnement. Contrairement aux frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance visés par règlement, cette statistique varie selon la durée des ordonnances (voir Calculs relatifs aux frais d'exécution d'ordonnance et au nombre de jours d'approvisionnement à l'annexe 1 : Méthode et formules). Comme prévu, les remboursements par jour ont augmenté dans les provinces dont la tendance allait vers les durées d'ordonnance plus courtes. En Colombie-Britannique, par exemple, les frais d'exécution d'ordonnance quotidiens ont augmenté, passant de 0,15 $ en 2001-2002 à 0,28 $ en 2007-2008, tandis que les frais quotidiens de l'Ontario ont également connu une hausse, passant de 0,17 $ à 0,24 $. Cependant, dans les régimes publics d'assurance-médicaments dont la tendance allait vers les durées d'ordonnance de plus longue durée, la tendance des frais d'exécution d'ordonnance quotidiens a été stable. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, il y a eu une légère augmentation de la durée d'ordonnance (qui a eu pour effet de diminuer les frais quotidiens), qui a été compensée par une légère augmentation des frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance (voir le tableau 2). Il s'est soldé que la tendance des frais d'exécution d'ordonnance par jour d'approvisionnement a été stable dans ces provinces de 2001-2002 à 2007-2008.

### 4.3.1 Études de cas sur la durée d'ordonnance

La présente section a pour but d'examiner, en se fondant sur les mesures d'études de cas, les écarts importants entre les tendances de la durée d'ordonnance d'un bout à l'autre du pays. La première étude de cas examine les tendances d'un grand nombre d'ingrédients dans les trois régimes publics d'assurance-médicaments qui ont enregistré les plus fortes baisses de durée d'ordonnance : la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Manitoba. La deuxième étude de cas compare la durée d'ordonnance de quatre régimes publics d'assurance-médicaments (Man., Alb., N.-B. et N.-É.) pour deux catégories thérapeutiques de médicaments qui traitent les conditions chroniques que sont le taux élevé de cholestérol et l'hypertension.

#### Étude de cas 1 : Changements de la durée d'ordonnance des ingrédients dominants (de 2001-2002 à 2007-2008)

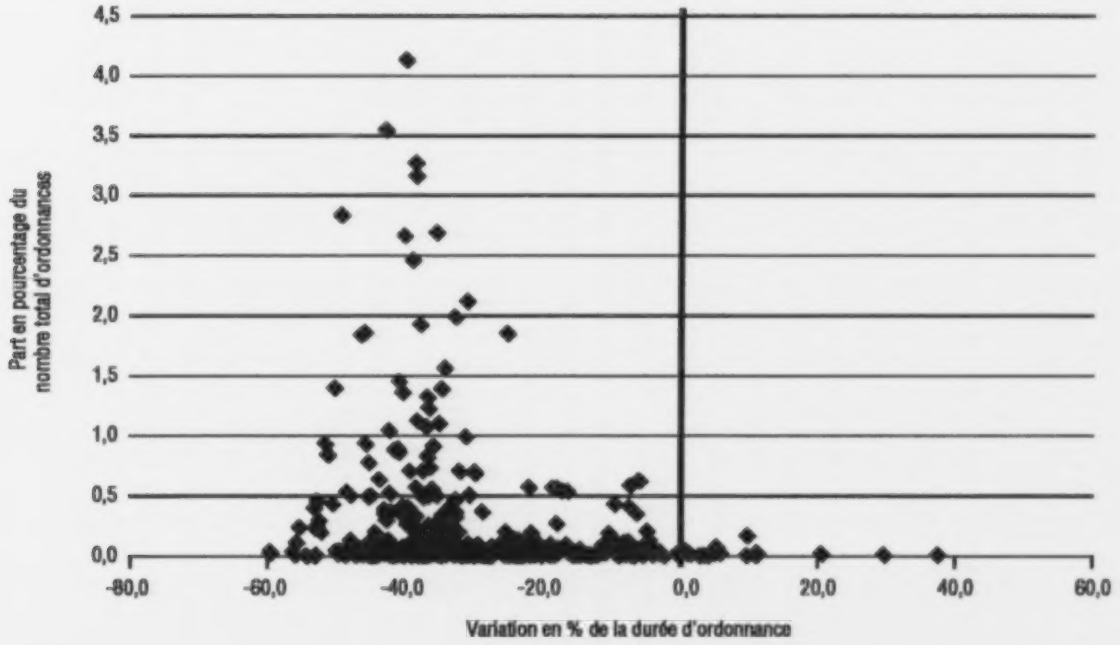
Dans le cadre de cette étude de cas, un grand nombre d'ingrédients (environ 350) ont été choisis dans chacun des trois régimes publics d'assurance-médicaments qui ont enregistré les plus fortes baisses de durée d'ordonnance (C.-B., Ont., Man.). Par souci d'uniformité des mesures, les ingrédients choisis avaient la plus grande part en pourcentage du nombre total d'ordonnance et les données se limitaient aux formes solides par voie orale (pilules et comprimés). Dans le cadre de l'analyse, le nombre moyen de jours d'approvisionnement de chaque ingrédient dans la première période (2001-2002) a été comparé à celui de la deuxième période (2007-2008), et la variation en pourcentage a été calculée. Le diagramme de dispersion de chaque régime public d'assurance-médicaments est illustré aux graphiques 5*a* à 5*c*, la part en pourcentage du nombre total d'ordonnances étant illustrée par rapport à la variation en pourcentage de la durée d'ordonnance. Une ligne rouge centrée s'affiche à titre de guide visuel qui permet de déterminer les ingrédients dont la durée d'ordonnance a diminué, à gauche de la ligne.

L'analyse a montré que la durée d'ordonnance moyenne d'un pourcentage élevé d'ingrédients a diminué dans les trois provinces. En Colombie-Britannique, le nombre de jours d'approvisionnement par demande a diminué pour 94 % des ingrédients, tandis qu'en Ontario, 92 % des ingrédients ont eu une durée d'ordonnance plus courte en 2007-2008 qu'en 2001-2002. On a fait des constatations semblables dans le cas du Manitoba, où 82 % des ingrédients ont eu une durée d'ordonnance plus courte.

Dans les trois régimes publics d'assurance-médicaments, les ingrédients ayant la part de marché la plus grande ont connu d'importantes baisses de durée d'ordonnance. En Colombie-Britannique, les trois ingrédients dominants en fonction de la part des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance – le ramipril (4,1 %), la lévothyroxine (3,5 %) et l'atorvastatine (3,3 %) – ont enregistré une baisse moyenne de 40,4 % de 2001-2002 à 2007-2008. Les deux autres régimes publics d'assurance-médicaments ont affiché des résultats semblables, les trois ingrédients en tête de liste chutant de 30,5 % en Ontario et de 27,1 % au Manitoba.

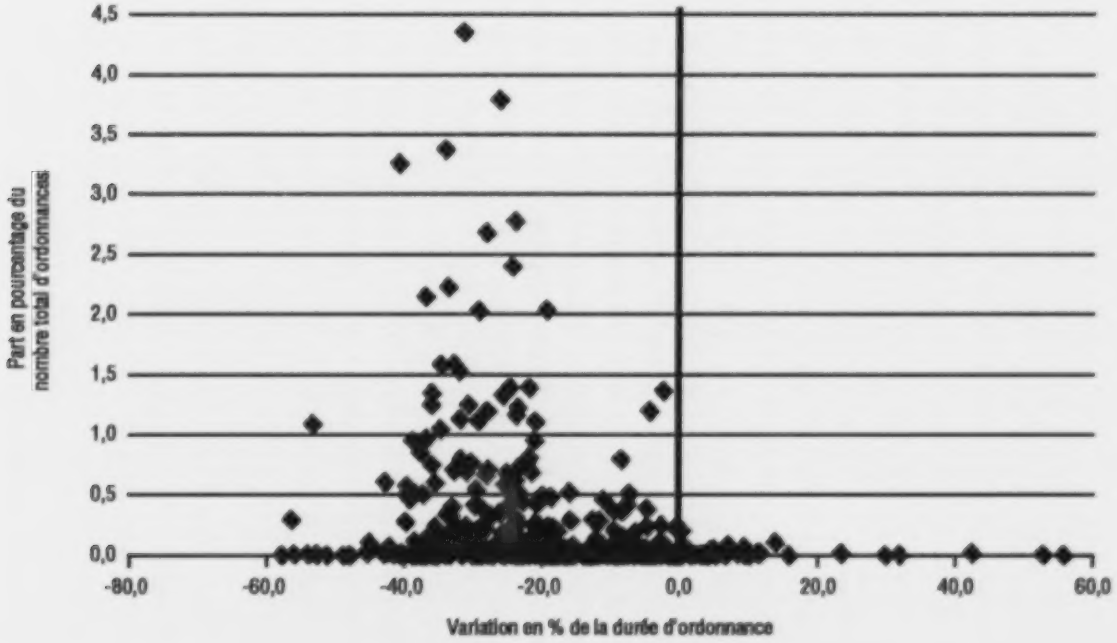
Ainsi, les changements de la durée d'ordonnance se sont appliqués à la majorité des ingrédients, y compris ceux qui représentaient la plus grande part des demandes.

**Graphique 5*a*. Variation en pourcentage de la durée d'ordonnance par ingrédient, en Colombie-Britannique, de 2001-2002 à 2007-2008**



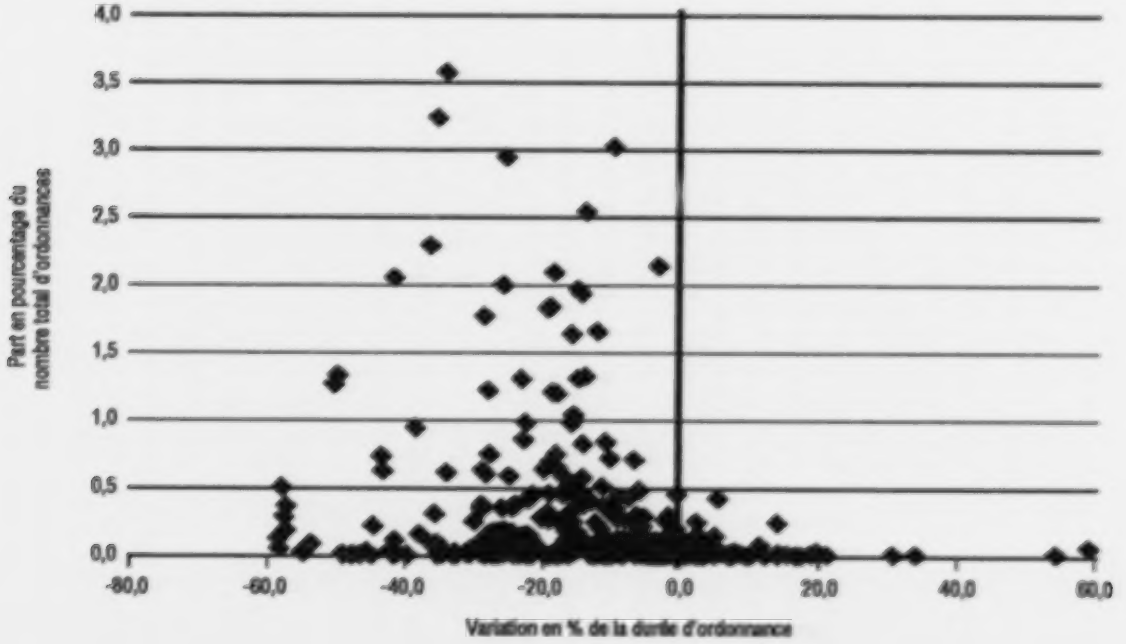

| Ingrédient | Catégorie thérapeutique ou indication principale | Part en pourcentage du nombre total d'ordonnances 2001-2002 | Part en pourcentage du nombre total d'ordonnances 2007-2008 | Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2001-2002 | Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2007-2008 | Variation en % de la durée d'ordonnance 2001-2002 à 2007-2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ramipril | Hypertension | 2,3 % | 4,1 % | 63 | 38 | -39,8 % |
| Lévothyroxine | Traitement de la thyroïde | 2,4 % | 3,5 % | 68 | 39 | -42,8 % |
| Atorvastatine | Cholestérol | 1,8 % | 3,3 % | 73 | 45 | -38,5 % |
| Quétiapine | Antipsychotique | 0,4 % | 3,2 % | 20 | 12 | -38,3 % |
| Furosémide | Hypertension | 1,6 % | 2,8 % | 47 | 24 | -49,2 % |
| Hydrochlorothiazide | Hypertension | 2,2 % | 2,7 % | 74 | 48 | -35,4 % |
| Metformine | Diabète | 1,4 % | 2,7 % | 64 | 39 | -40,0 % |
| Citalopram | Antidépresseur | 0,8 % | 2,5 % | 35 | 22 | -38,8 % |
| Venlafaxine | Antidépresseur | 1,0 % | 2,1 % | 35 | 24 | -30,8 % |
| Clonazépam | Épilepsie et anxiété | 1,4 % | 2,0 % | 23 | 15 | -32,6 % |

**Graphique 5*b*. Variation en pourcentage de la durée d'ordonnance par ingrédient, Ontario, de 2001-2002 à 2007-2008**




| Ingrédient | Catégorie thérapeutique ou indication principale | Part en pourcentage du nombre total d'ordonnances 2001-2002 | Part en pourcentage du nombre total d'ordonnances 2007-2008 | Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2001-2002 | Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2007-2008 | Variation en % de la durée d'ordonnance 2001-2002 à 2007-2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Atorvastatine | Cholestérol | 1,8 % | 4,3 % | 61 | 42 | -31,4 % |
| Ramipril | Hypertension | 2,0 % | 3,8 % | 50 | 37 | -26,2 % |
| Lévothyroxine | Traitement de la thyroïde | 2,5 % | 3,4 % | 53 | 35 | -34,0 % |
| Furosémide | Hypertension | 2,4 % | 3,3 % | 35 | 21 | -40,7 % |
| Metformine | Diabète | 1,5 % | 2,8 % | 46 | 35 | -23,8 % |
| Amlodipine | Hypertension | 1,5 % | 2,7 % | 53 | 38 | -28,0 % |
| Hydrochlorothiazide | Hypertension | 2,2 % | 2,4 % | 61 | 46 | -24,2 % |
| Métoprolol | Hypertension | 1,3 % | 2,2 % | 48 | 32 | -33,5 % |
| Citalopram | Antidépresseur | 0,5 % | 2,1 % | 28 | 18 | -36,8 % |
| Lorazépam | Anxiété | 2,2 % | 2,0 % | 30 | 24 | -19,3 % |

**Graphique 5c. Variation en pourcentage de la durée d'ordonnance par ingrédient, Manitoba, de 2001-2002 à 2007-2008**




| Ingrédient | Catégorie thérapeutique ou indication principale | Part en pourcentage du nombre total d'ordonnances 2001-2002 | Part en pourcentage du nombre total d'ordonnances 2007-2008 | Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2001-2002 | Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2007-2008 | Variation en % de la durée d'ordonnance 2001-2002 à 2007-2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Furosémide | Hypertension | 2,7 % | 3,6 % | 37 | 24 | -34,8 % |
| Lévothyroxine | Traitement de la thyroïde | 1,9 % | 3,2 % | 48 | 31 | -36,0 % |
| Atorvastatine | Cholestérol | 1,5 % | 3,0 % | 43 | 38 | -10,4 % |
| Métoprolol | Hypertension | 1,5 % | 2,9 % | 42 | 31 | -26,1 % |
| Metformine | Diabète | 1,5 % | 2,5 % | 40 | 34 | -14,4 % |
| Rispéridone | Antipsychotique | 1,2 % | 2,3 % | 26 | 16 | -37,0 % |
| Oméprazole | Antiacide | 2,2 % | 2,1 % | 34 | 32 | -3,8 % |
| Lorazépam | Anxiété | 2,0 % | 2,1 % | 31 | 25 | -19,0 % |
| Acétaminophène | Analgésique | 1,8 % | 2,1 % | 22 | 13 | -42,3 % |
| Citalopram | Antidépresseur | 0,7 % | 2,0 % | 31 | 23 | -26,4 % |

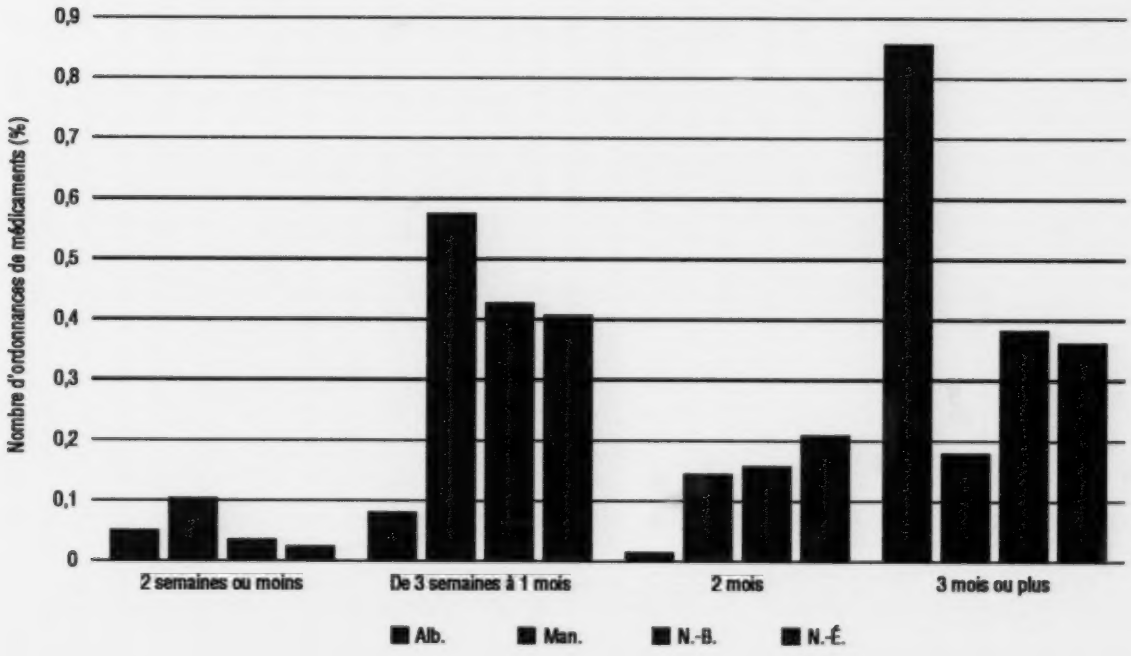
### *Étude de cas 2 : Comparaison de la durée d'ordonnance de l'Alberta, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, 2007-2008*

Cette étude de cas compare la durée d'ordonnance dans quatre régimes publics d'assurance-médicaments : Alberta, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse. Ces régimes ont été choisis pour deux raisons : (*i*) ils détiennent des données sur les jours d'approvisionnement d'une qualité suffisante; et (*ii*) les données sur le nombre d'ordonnances de médicaments présentant la granularité requise sont accessibles dans la base de données de l'ICIS.

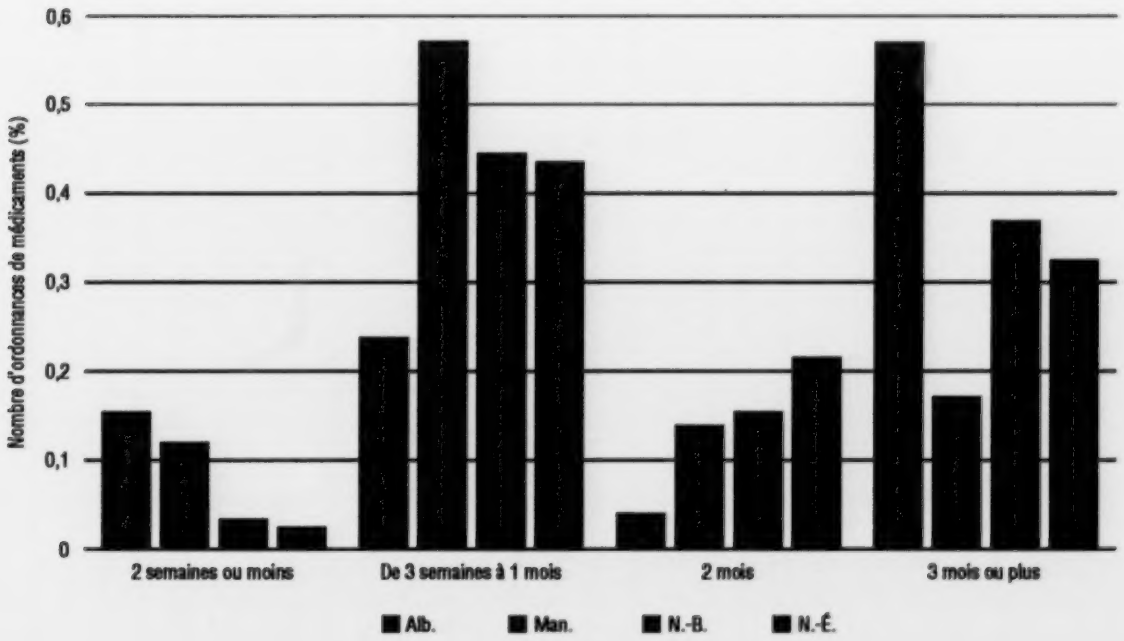
Deux catégories thérapeutiques de médicaments dominantes selon l'ATC de l'OMS ont été examinées : les médicaments qui traitent le taux élevé de cholestérol (C10) et les médicaments qui traitent l'hypertension (C09). (Voir l'annexe 3 pour obtenir la liste complète des ingrédients analysés.) Puisque ces médicaments traitent des conditions chroniques, une partie importante de ces ordonnances devraient avoir un approvisionnement plus long, soit d'environ trois mois. À le graphique 6*a*, les répartitions pour 2007-2008 sont regroupées par durée d'ordonnance : trois mois ou plus, deux mois, trois semaines à un mois et deux semaines ou moins.

En 2007-2008, seul un régime public d'assurance-médicaments – l'Alberta (en bleu) – avait une part importante de durées d'ordonnance de trois mois ou plus pour les médicaments traitant le taux élevé de cholestérol et l'hypertension. Au Manitoba (en rouge), la majorité des médicaments sur ordonnance étaient délivrés sous forme d'approvisionnement d'un mois, tandis qu'au Nouveau-Brunswick (en vert) et en Nouvelle-Écosse (en violet), les durées d'ordonnance étaient réparties plus également, se situant entre un et trois mois.

**Graphique 6*a*. Comparaison de la durée d'ordonnance des médicaments traitant le taux élevé de cholestérol (C10), 2007-2008**



**Graphique 6*b*. Comparaison de la durée d'ordonnance des médicaments traitant l'hypertension (C09), 2007-2008**



# 5 Modèles des facteurs de coût

La présente section présente deux modèles de facteurs de coût qui décomposent la croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance. Le premier modèle, axé sur deux facteurs, décompose la croissance annuelle moyenne de 2001-2002 à 2007-2008 en un effet des frais d'exécution d'ordonnance et en un effet du nombre d'ordonnances[8]. Le deuxième modèle, axé sur trois facteurs, comprend l'effet de la durée d'ordonnance ainsi que des deux premiers facteurs. Voir les annexes 1B et 1C pour connaître les formules générales qui ont servi à calculer les modèles à deux et à trois facteurs.

## 5.1 Modèle à deux facteurs : Effet des frais d'exécution d'ordonnance et du nombre d'ordonnances

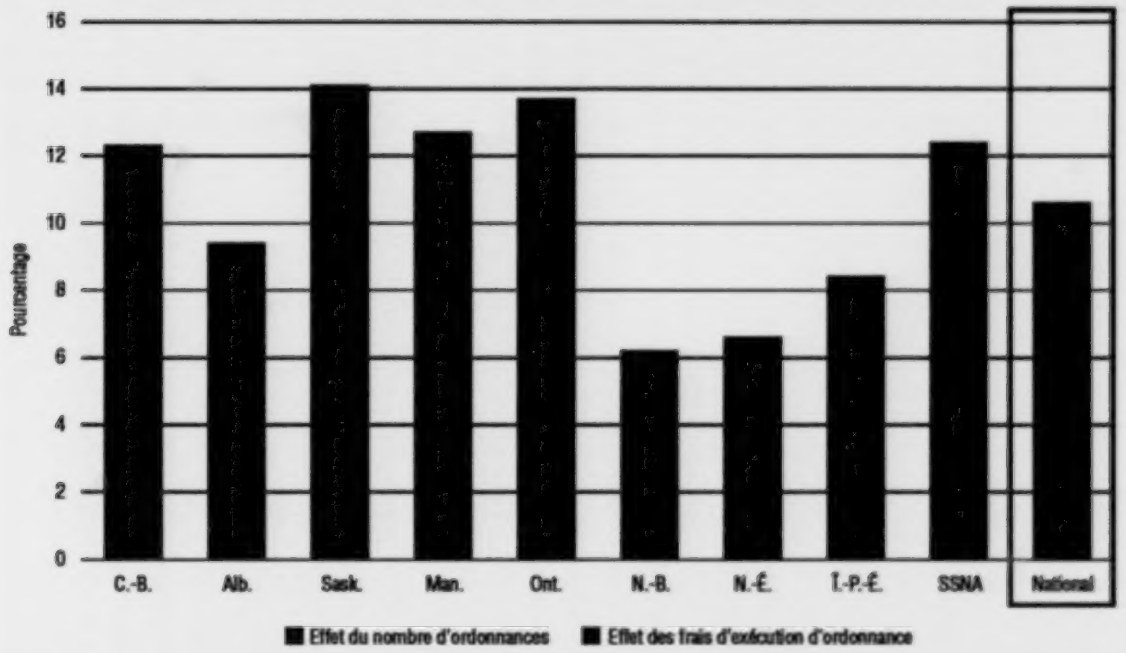
Le modèle à deux facteurs décompose la croissance annuelle moyenne des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance pour 2001-2002 à 2007-2008 en un effet des frais d'exécution d'ordonnance et en un effet du nombre d'ordonnances[9]. Ces effets se définissent comme suit.

**Effet des frais d'exécution d'ordonnance (barre bleue)**—mesure le changement de la croissance des dépenses annuelles attribuable aux changements des frais d'exécution d'ordonnance moyens

**Effet du nombre d'ordonnances (barre rouge)**—mesure le changement de la croissance des dépenses annuelles attribuable aux changements du nombre d'ordonnances

Les résultats présentés à le graphique 7 montrent qu'à l'échelle nationale, l'effet du nombre d'ordonnances (8,2 %) a contribué plus de trois fois plus à la croissance des dépenses que l'effet des frais d'exécution d'ordonnance (2,4 %). Cependant, il y a eu des écarts importants entre les provinces. En Ontario, par

**Graphique 7. Facteurs de coût liés aux frais d'exécution d'ordonnance : effet des frais d'exécution d'ordonnance et du nombre d'ordonnances, croissance annuelle moyenne composée, de 2001-2002 à 2007-2008**




[8] La présente étude porte sur les frais d'exécution d'ordonnance et la marge bénéficiaire; toute incidence possible de la réduction du gaspillage sur le coût total en raison des durées d'ordonnance plus courtes n'est pas prise en compte dans le modèle de facteurs de coût.

[9] L'effet croisé consiste en une période d'interaction qui a été répartie sur les deux autres effets par souci de simplicité.

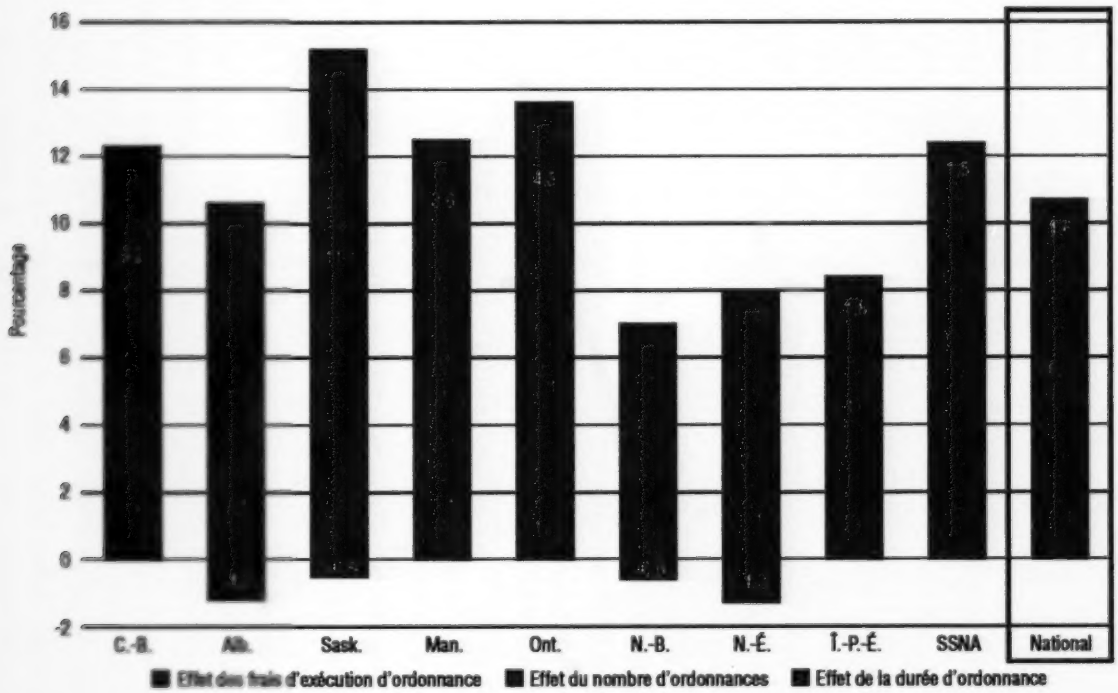
exemple, la plus grande partie de la croissance annuelle a été attribuable à l'effet du nombre d'ordonnances, soit 12,0 % sur un total de 13,7 %.

Il en est de même pour le Nouveau-Brunswick et les SSNA, où 5,6 % et 9,7 % sur un total de 6,2 % et 12,4 %, respectivement, de la croissance annuelle des dépenses ont été attribuables à l'effet du nombre d'ordonnances. Dans quatre autres régimes publics d'assurance-médicaments (C.-B., Sask., Man. et Î.-P.-É.), la croissance du nombre d'ordonnances a représenté plus du triple de l'effet des frais d'exécution d'ordonnance. Parallèlement, en Alberta et en Nouvelle-Écosse, les effets des frais ont été relativement supérieurs à ceux des autres régimes. Ces résultats correspondent à ceux de l'analyse statistique des tableaux 2 et 3.

## 5.2 Modèle à trois facteurs : effet des frais d'exécution d'ordonnance, du nombre d'ordonnances et de la durée des ordonnances

Le graphique 8 présente un deuxième modèle de facteurs de coût qui comprend l'effet de la durée d'ordonnance ainsi que des deux premiers facteurs. Le modèle à trois facteurs décompose la croissance annuelle moyenne des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance pour 2001-2002 à 2007-2008 en un effet des frais d'exécution d'ordonnance, un effet du nombre d'ordonnances et un effet de la durée d'ordonnance[10]. Ces effets se définissent comme suit.

**Graphique 8. Facteurs de coût des frais d'exécution d'ordonnance : effet des frais d'exécution d'ordonnance, le nombre d'ordonnances et la durée d'ordonnance, croissance annuelle moyenne composée, de 2001-2002 à 2007-2008**




[10] Ce modèle à trois facteurs a quatre effets croisés, qui ont été répartis sur les trois autres facteurs par souci de simplicité.

**Effet des frais d'exécution d'ordonnance (barre bleue)**—mesure le changement de la croissance des dépenses annuelles attribuable aux changements des frais d'exécution d'ordonnance moyens

**Effet du nombre d'ordonnances (barre rouge)**—mesure le changement de la croissance des dépenses annuelles attribuable aux changements du nombre d'ordonnances

**Effet de la durée d'ordonnance (barre verte)**—mesure le changement de la croissance des dépenses annuelles attribuable aux changements de la durée d'ordonnance, selon la quantité de médicaments par ordonnance[11]

Les résultats correspondent à ceux de l'analyse effectuée à la section 4 : les régimes publics d'assurance-médicaments qui ont connu la plus forte baisse de durée d'ordonnance (C.-B., Ont. et Man.) ont également eu l'effet le plus important de la durée d'ordonnance. En Colombie-Britannique, 6,2 % de la croissance annuelle des dépenses liées aux frais, sur une moyenne de 12,3 %, est attribuable aux baisses de la durée d'ordonnance, tandis qu'en Ontario, 4,5 % de sa croissance annuelle de 13,6 % découle d'ordonnances de plus courte durée. Le Manitoba (3,6 %), l'Île-du-Prince-Édouard (1,8 %) et les SSNA (1,5 %) ont également enregistré un effet positif de la durée d'ordonnance.

Dans les trois régimes publics d'assurance-médicaments – l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick – la durée d'ordonnance a augmenté de 2001-2002 à 2007-2008 (voir la section 4); par conséquent, on s'attend à ce que l'effet modère la croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnances. Tel a été le cas en Alberta, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, où l'effet de la durée d'ordonnance a entraîné une réduction annuelle moyenne de la croissance de 1,2 %, de 1,3 % et de 0,6 %, respectivement. En Saskatchewan, la durée d'ordonnance a également eu un léger effet modérateur.

[11] En raison de questions liées à la qualité des données, on s'est servi des données sur la quantité de médicaments à titre d'indicateurs de l'approvisionnement quotidien (voir la section 2).

# 6 Remboursement de la marge bénéficiaire des pharmacies

Bien que la présente étude porte sur les frais d'exécution d'ordonnance, il faut aussi, au moment de calculer le montant total des remboursements aux pharmacies, tenir compte de la marge bénéficiaire sur le coût des médicaments. Une marge bénéficiaire, aussi appelée frais accessoires, consiste habituellement en un pourcentage préétabli du prix d'achat ou de gros du médicament. La définition générale de la marge bénéficiaire est la différence entre le prix de gros d'un produit et son prix de vente : une marge bénéficiaire est ajoutée au prix de gros (ou de vente) assumé par le producteur pour générer un profit (Pradhan, 2007).

La présente section examine d'abord les politiques de chaque régime public d'assurance-médicaments sur la marge bénéficiaire, puis examine la marge bénéficiaire dans le contexte du montant total des remboursements aux pharmacies par les régimes publics d'assurance-médicaments : la marge bénéficiaire plus les frais d'exécution d'ordonnance. Pour obtenir des renseignements généraux, consultez l'annexe 5, le tableau A5.3, qui présente une description détaillée des politiques des régimes publics d'assurance-médicaments sur la marge bénéficiaire de 2001 à 2008. La section 2 décrit et valide les sources de données sur la marge bénéficiaire.

## 6.1 Politique sur la marge bénéficiaire

Les politiques sur la marge bénéficiaire varient grandement d'un régime public d'assurance-médicaments à l'autre. Au cours de la période visée par l'étude (2001 à 2008), plusieurs régimes autorisaient une marge bénéficiaire, tandis que d'autres ne l'autorisaient pas. En ce qui concerne les régimes publics d'assurance-médicaments qui autorisent une marge bénéficiaire, certains d'entre eux l'ont remboursée pour toute la période, tandis que d'autres ont autorisé les frais pendant quelques années, puis y ont mis fin. L'Ontario, par exemple, a eu une marge bénéficiaire pour toute la période, de 2001 à 2008, tout comme les SSNA[12], la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard. À titre de comparaison, Colombie-Britannique avait une marge bénéficiaire en 2003, tandis que le Manitoba a mis fin à sa marge bénéficiaire en 2006. La Nouvelle-Écosse et l'Alberta avaient une marge bénéficiaire pour un nombre limité de produits ou de fournitures : en Nouvelle-Écosse, une marge bénéficiaire était autorisée pour les préparations injectables et les fournitures de stomie, tandis qu'en Alberta, il y avait une marge bénéficiaire pour les demandes extraprovinciales de facturation directe.

Le type de marge bénéficiaire variait également d'une province à l'autre. L'Ontario, par exemple, autorisait un pourcentage fixe pour tous les médicaments, soit de 10 % entre 2001 et 2006, qui a été diminué à 8 % en 2007. À titre de comparaison, en Saskatchewan, la marge bénéficiaire variait selon le coût des médicaments sur ordonnance, tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, il y avait une marge bénéficiaire de 7,5 % pour la plupart des programmes où le coût des médicaments était supérieur à 45 $. En 2007, ce pourcentage a augmenté à 8,5 % pour les ordonnances visant des ingrédients coûtant plus de 53 $.

## 6.2 Analyse des remboursements aux pharmacies

La présente section présente une analyse de la marge bénéficiaire dans le contexte du montant total des remboursements aux pharmacies, c'est-à-dire les remboursements aux pharmacies comprenant les frais d'exécution d'ordonnance plus la marge bénéficiaire. On examine d'abord les montants en dollars des remboursements, puis la part en pourcentage du coût des médicaments sur ordonnance.

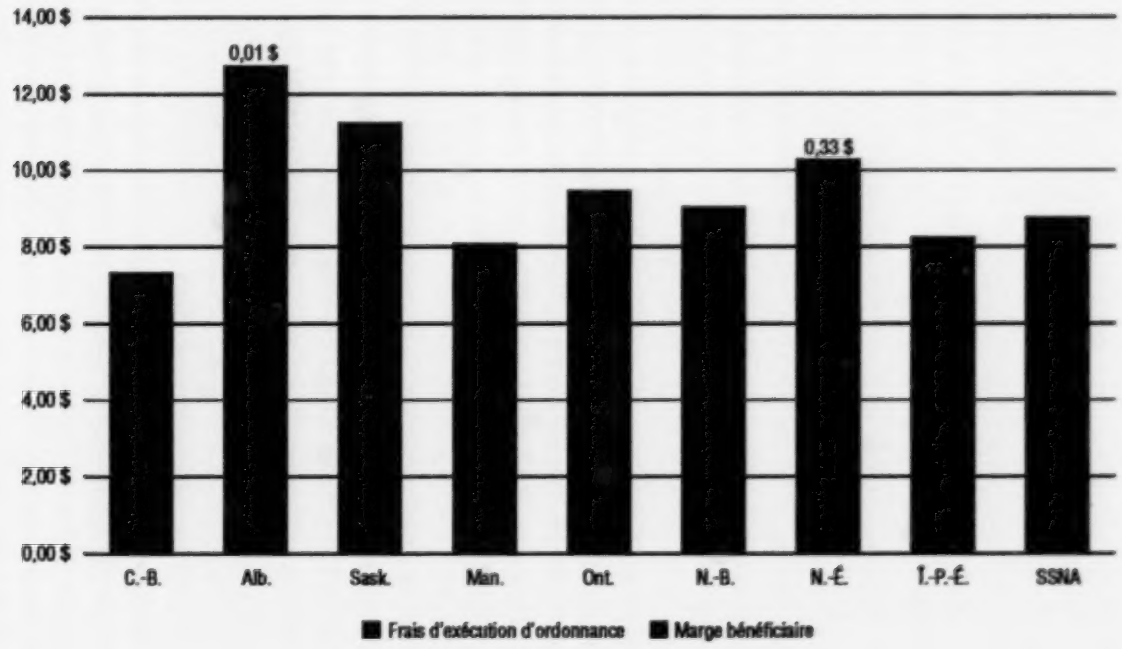
Lorsque l'on tient compte des montants en dollar réels par ordonnance (voir le graphique 9), l'ajout de la marge bénéficiaire aux frais d'exécution d'ordonnance a tendance à égaliser les remboursements aux pharmacies dans l'ensemble des administrations. À quelques exceptions près, les frais d'exécution d'ordonnance moyens au Canada varient de 8 $ à 10 $.

[12] Les SSNA constituent un régime public fédéral d'assurance-médicaments à l'échelle du Canada, et la marge bénéficiaire varie d'une province à l'autre selon les régimes provinciaux.

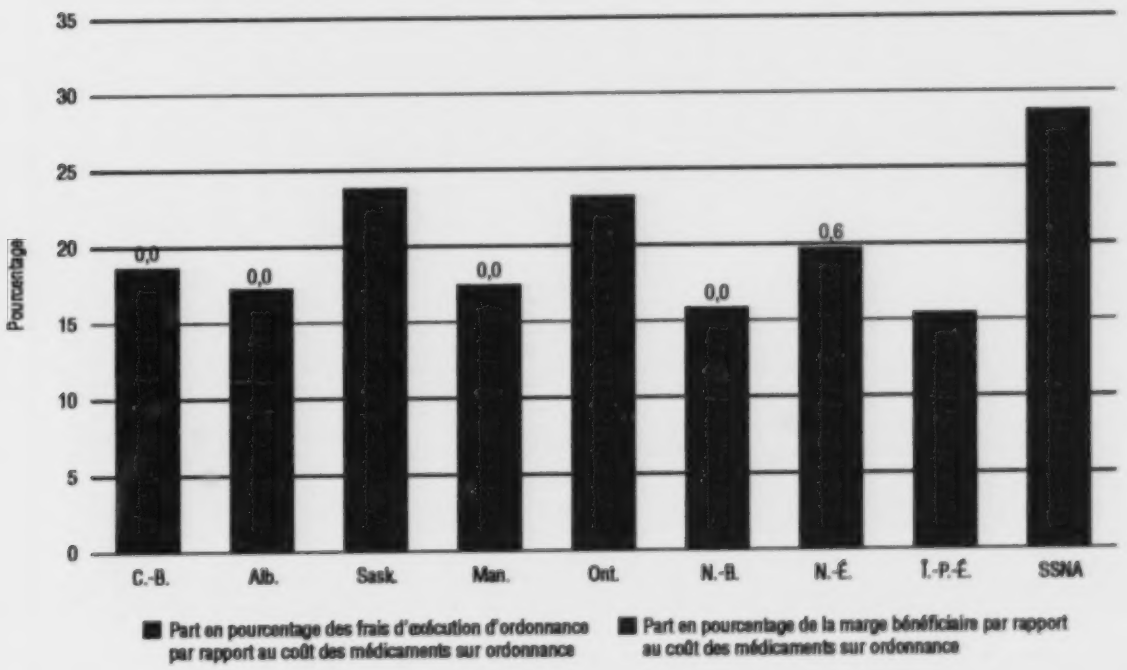
L'ajout de la marge bénéficiaire a fait en sorte que l'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario se trouvent dans cet écart. La Colombie-Britannique (7,32 $) et l'Alberta (12,73 $) présentaient respectivement les remboursements aux pharmacies par ordonnance les plus bas et les plus élevés.

Le fait d'inclure la marge bénéficiaire dans le coût total des médicaments sur ordonnance a entraîné des remboursements aux pharmacies plus élevés que la moyenne en Saskatchewan et en Ontario (voir le graphique 10). Par exemple, en Saskatchewan, la marge bénéficiaire de 6,9 % du coût des médicaments sur ordonnance a augmenté le remboursement total aux pharmacies, qui est passé à 23,8 %, tandis qu'en Ontario, la marge bénéficiaire de 6.1 % du coût des médicaments sur ordonnance a augmenté la part de remboursements aux pharmacies, qui est passée à 23,2 %. En raison des facteurs liés à la part en pourcentage de la durée d'ordonnance, les remboursements aux pharmacies en Colombie-Britannique et en Alberta sont harmonisés davantage avec ceux des autres régimes publics d'assurance-médicaments : entre 15 % et 20 %.

**Graphique 9. Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance et de la marge bénéficiaire, 2007-2008**



**Graphique 10. Part en pourcentage des frais d'exécution d'ordonnance et de la marge bénéficiaire, 2007-2008**



# 7 Conclusion

L'une des principales constatations de la présente étude est que la croissance du nombre d'ordonnances représente un important facteur de croissance des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance. Bien que l'augmentation du nombre d'ordonnances soit principalement attribuable à la hausse de la demande de médicaments, l'étude a désigné les changements à la durée des ordonnances comme un facteur important en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario. De même que le nombre d'ordonnances, le remboursement moyen par ordonnance a été un facteur important dans les provinces de l'Ouest, mais non pas dans d'autres administrations. L'Ontario et le Nouveau-Brunswick, par exemple, ont affiché des frais d'exécution d'ordonnance stables au cours de la période visée par l'étude. L'étude a conclu que l'ajout de la marge bénéficiaire fait en sorte que les remboursements aux pharmacies qui font partie du coût des médicaments sur ordonnance soient beaucoup plus élevés dans deux régimes publics d'assurance-médicaments : celui de la Saskatchewan et celui de l'Ontario.

# 8 Bibliographie


Alberta Blue Cross. 2006. *Alberta Blue Cross Pharmacy Agreement: Schedule of Prices—Historical Document.* Edmonton, Alberta: Alberta Blue Cross.

Association des pharmaciens du Canada. *Provincial Drug Benefit Programs.* Ottawa (Ontario), Association des pharmaciens du Canada, de 2001 à 2008.

BC PharmaCare. 2008. *BC PharmaCare Newsletter.* numéro 08-012, le 22 décembre 2008. Disponible à l'adresse suivante : http://www.health.gov.bc.ca/pharme/newsletter-08-012news.pdf

BC PharmaCare. 2010. *BC PharmaCare Newsletter.* numéro 10-008, le 22 juillet 2008. Disponible à l'adresse suivante : http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/newsletter/10-008news.pdf

Carroll NV. *Financial Management for Pharmacists.* Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 2006.

Pradhan, S. *Retailing Management.* Noida (Inde), Tata McGraw-Hill, 2007.

Programme des services de santé non assurés. *Annual Report 2006/2007.* Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2007.

# Annexe 1 : Méthode et formules

## A. Calculs relatifs aux frais d'exécution d'ordonnance et au nombre de jours d'approvisionnement

Calculer :

*Équation 1* $$P_k \times \frac{DF_k}{P_k} = DF_k$$

Où :

*Équation 2* $$\frac{DF_k}{DS_k} \times \frac{DS_k}{P_k} = \frac{DF_k}{P_k}$$

Ainsi :

*Équation 3* $$P_k \left(\frac{DF_k}{DS_k} \times \frac{DS_k}{P_k}\right) = DF_k$$

Où

$DF_k$ : Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la période $k$
$P_k$ : Nombre total d'ordonnances dans la période $k$
$DS_k$ : Nombre total d'jours d'approvisionnement dans la période $k$

$DF_k/P_k$ : Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance dans la période $k$
$DF_k/DS_k$ : Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance par jour d'approvisionnement dans la période $k$
$DS_k/P_k$ : Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance dans la période $k$

## B. Formule générale applicable au modèle de facteur de coût à deux facteurs

La formule générale suivante, qui s'applique à un modèle à deux facteurs, décompose la croissance annuelle moyenne des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance (de 2001-2002 à 2007-2008) en un effet des frais d'exécution d'ordonnance et en un effet du nombre d'ordonnances.[13]

Total des changements des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance =

Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la dernière période $DF_l$ – Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la première période $DF_f$ =

$\sum_{i=0}^{n}(ADF_l - ADF_f)P_f$ + Effet des frais d'exécution d'ordonnance

$\sum_{i=0}^{n}(P_l - P_f)ADF_f$ + Effet du nombre d'ordonnances

$\sum_{i=0}^{n}(P_l - P_f)(ADF_l - ADF_f)$ Effet croisé

[13] L'effet croisé constitue en une période d'interaction qui a été répartie sur les deux autres effets par souci de simplicité.

Où

$DF_k$ : Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la période $k$

$P_k$ : Nombre total d'ordonnances dans la période $k$

$ADF_k$ : Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance dans la période $k$

Indice $l$ : Dernière période

Indice $f$: Première période

$\sum_{i=0}^{n}$ : Cumul de tous les médicaments,[14] au niveau de la forme et de la posologie

La dernière étape a consisté à calculer le taux de croissance annuel moyen de chaque facteur à l'aide de la formule figurant à l'annexe 1D.

## C. Modèle de facteurs de coût à trois facteurs

Total des changements des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance =

Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la dernière période $DF_l$ – Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la première période $DF_f$ =

$(ADF_l - ADF_f) \times \sum_{i=0}^{n} \left(\frac{1}{ADS_f} \times DS_f\right) +$ Effet des frais d'exécution d'ordonnance

$ADF_f \times \sum_{i=0}^{n} \left[\frac{1}{ADS_f} \times (DS_l - DS_f)\right] +$ Effet du nombre d'ordonnances

$ADF_f \times \sum_{i=0}^{n} \left[\frac{1}{ADS_l} - \frac{1}{ADS_f} \times DS_f\right] +$ Effet de la durée d'ordonnance

$(DS_l - DS_f) \times \sum_{i=0}^{n} \left[\left(\frac{1}{DS_l} - \frac{1}{DS_f}\right) \times ADF_f\right] +$ Effet croisé 1

$(DS_l - DS_f) \times \sum_{i=0}^{n} \left[\frac{1}{ADS_f} \times (ADF_l - ADF_f)\right] +$ Effet croisé 2

$DS_f \times \sum_{i=0}^{n} \left[\left(\frac{1}{ADS_l} - \frac{1}{ADS_f}\right) \times (ADF_l - ADF_f)\right] +$ Effet croisé 3

$(DS_l - DS_f) \times \sum_{i=0}^{n} \left[\left(\frac{1}{ADS_l} - \frac{1}{ADS_f}\right) \times (ADF_l - ADF_f)\right]$ Effet croisé 4

[14] Les jeux de données des modèles de facteurs de coût se limitaient à un sous-ensemble comprenant les médicaments solides par voie orale et les médicaments qui existaient dans la première et dernière période visée par l'analyse, représentant en moyenne 80 % des dépenses liées aux médicaments dans l'ensemble du Canada.

Où

$DF_k$ : Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la période $k$

$DS_k$ : Nombre total de jours d'approvisionnement dans la période $k$

$ADF_k$ : Moyenne des frais d'exécution d'ordonnance par ordonnance dans la période $k$

$ADS_k$ : Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance dans la période $k$

Subscript $l$: Dernière période

Subscript $f$: Première période

$\sum_{i=0}^{n}$ : Cumul de tous les médicaments, au niveau de la forme et de la posologie

## D. Analyse générale : taux de croissance annuel moyen (AAGR)

$$AAGR = \left[\left(\frac{DF_l}{DF_f}\right)^{1/(t-1)}\right] \times 100$$

Où

$AAGR$ : Taux de croissance annuel moyen

$DF_l$ : Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la dernière année de la période

$DF_f$ : Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance dans la première année de la période

$t$ : Période en années entre la première année et la dernière année

# Annexe 2 : Glossaire des termes

**Jours d'approvisionnement** : Les jours d'approvisionnement représentent le nombre de jours où un médicament sur ordonnance est délivré à un patient. Les pharmaciens se servent des jours d'approvisionnement pour mesurer la durée d'ordonnance.

**Frais d'exécution d'ordonnance** : Les frais d'exécution d'ordonnance sont des frais imputés pour les services qu'un pharmacien fournit en remplissant une ordonnance. Cela comprend la délivrance de produits médicamenteux, les conseils aux patients, la fourniture des renseignements sur les médicaments et d'autres renseignements aux médecins et les frais administratifs connexes.

**Bénéficiaire** : Un bénéficiaire est une personne admissible qui a présenté au moins une demande au cours d'un exercice. Les régimes publics d'assurance-médicaments établissent les critères d'admissibilité propres à chaque programme; les critères les plus courants se rapportent à l'âge (comme dans le cas des programmes destinés aux aînés de 65 ans ou plus), à la résidence et au revenu.

**Numéro d'identification du médicament (DIN)** : Le numéro d'identification du médicament (DIN) est un numéro unique qu'attribue Santé Canada lorsqu'elle approuve la vente d'un médicament au Canada. Les médicaments sont identifiés de manière unique en fonction de leur nom de marque, leur ingrédient actif, leur posologie, leur forme et leur concentration.

**Marge bénéficiaire** : La marge bénéficiaire est la différence entre ce que paie une pharmacie pour obtenir un produit médicamenteux – ce qui consiste habituellement en le prix de gros – et le prix de vente ou de détail réel du produit.

**Régime, programme ou plan public d'assurance-médicaments** : Cette expression générale désigne les régimes, les programmes et les plans publics d'assurance-médicaments qui sont administrés par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. À titre d'exemple, on trouve le Programme de médicaments de l'Ontario et le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

**Total des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance** : Le total des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance correspond à la somme du montant en dollars total des remboursements liés aux demandes qui ont été acceptées dans le cadre d'un régime, d'un programme ou d'un plan en vertu duquel les bénéficiaires avaient droit à un paiement. En règle générale, les ordonnances ventilent les remboursements du médicament, des frais d'exécution d'ordonnance et de la marge bénéficiaire.

# Annexe 3 : Liste des ingrédients examinés dans les études de cas sur la durée d'ordonnance

**Tableau A3.1. Liste des ingrédients utilisés pour traiter le taux élevé de cholestérol et l'hypertension**

| Ingrédients utilisés pour traiter le taux élevé de cholestérol (C10) | | Ingrédients utilisés pour traiter l'hypertension (C09) | |
|---|---|---|---|
| Ingrédient | Code ATC | Ingrédient | Code ATC |
| Atorvastatine | C10AA05 | Chlorhydrate de bénazépril | C09AA07 |
| Bézafibrate | C10AB02 | Candésartan cilexétil | C09CA06 |
| Résine de cholestiramine | C10AC01 | Captopril | C09AA01 |
| Chlorhydrate de colestipol | C10AC02 | Cilazapril | C09AA08 |
| Ézétimibe | C10AX09 | Énalapril | C09AA02 |
| Fénifibrate | C10AB05 | Éprosartan | C09AA02 |
| Fluevastatine | C10AA04 | Fosinopril | C09AA09 |
| Gemfibrozil | C10AB04 | Irbesartan | C09AA04 |
| Lovastatine | C10AA02 | Lisinopril | C09AA03 |
| Acide nicotinique | C10AD02 | Losartan | C09CA01 |
| Sodium de pravastatine | C10AA03 | Périndopril | C09AA04 |
| Rosuvastatine | C10AA07 | Quinapril | C09AA06 |
| Simvastatine | C10AA01 | Ramipril | C09AA05 |
| — | — | Telmisartan | C09CA07 |
| — | — | Trandolapril | C09AA10 |
| — | — | Valsartan | C09CA03 |

# Annexe 4 : Dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance, dépenses liées à la marge bénéficiaire et nombre d'ordonnances par régime d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008

**Tableau A4.1. Total des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance (en millions de dollars) par régime public d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008**

| Régime public d'assurance-médicaments | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | Taux de croissance annuelle moyenne (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 96,02 $ | 101,80 $ | 117,75 $ | 134,27 $ | 149,66 $ | 162,29 $ | 174,25 $ | 10,4 % |
| Alberta | 82,63 $ | 89,52 $ | 98,87 $ | 108,53 $ | 119,58 $ | 125,98 $ | 131,64 $ | 8,1 % |
| Saskatchewan | 25,52 $ | 27,86 $ | 31,79 $ | 34,56 $ | 38,23 $ | 43,14 $ | 52,70 $ | 12,8 % |
| Manitoba | 26,17 $ | 31,09 $ | 36,91 $ | 40,02 $ | 43,81 $ | 46,54 $ | 49,80 $ | 11,3 % |
| Ontario | 353,72 $ | 402,04 $ | 454,21 $ | 502,41 $ | 539,60 $ | 608,57 $ | 696,51 $ | 12,0 % |
| Nouveau-Brunswick | 21,57 $ | 22,41 $ | 23,74 $ | 24,71 $ | 26,17 $ | 27,71 $ | 29,37 $ | 5,3 % |
| Nouvelle-Écosse | 24,30 $ | 25,84 $ | 26,94 $ | 28,51 $ | 30,64 $ | 32,37 $ | 33,07 $ | 5,3 % |
| Île-du-Prince-Édouard | — | 2,45 $ | 2,58 $ | 2,70 $ | 2,94 $ | 3,04 $ | 3,44 $ | 7,0 % |
| SSNA | 54,73 $ | 61,23 $ | 67,47 $ | 72,45 $ | 79,85 $ | 85,88 $ | 97,05 $ | 10,0 % |
| Total | — | 764,24 $ | 860,26 $ | 948,16 $ | 1 030,48 $ | 1 135,52 $ | 1 267,84 $ | 9,13 % |

**Tableau A4.2. Dépenses liées à la marge bénéficiaire (en millions de dollars) par régime public d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008**

| Régime public d'assurance-médicaments | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | Taux de croissance annuelle moyenne (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alberta | 0,03 $ | 0,04 $ | 0,04 $ | 0,06 $ | 0,06 $ | 0,07 $ | 0,08 $ | 17,39 % |
| Saskatchewan | 10,60 $ | 11,58 $ | 12,52 $ | 13,83$ | 15,89 $ | 17,67 $ | 21,43 $ | 12,45 % |
| Ontario | 174,16 $ | 195,80 $ | 215,73 $ | 231,67 $ | 239,49 $ | 237,20 $ | 242,54 $ | 5,68 % |
| Nouvelle-Écosse | 0,28 $ | 0,36 $ | 0,42 $ | 0,52 $ | 0,57 $ | 0,65 $ | 1,13 $ | 26,12 % |
| Île-du-Prince-Édouard* | — | 0,53 $ | 0,59 $ | 0,62 $ | 0,67 $ | 0,76 $ | 0,87 $ | 10,44 % |
| SSNA | 6,69 $ | 8,10 $ | 8,85 $ | 7,83 $ | 8,02 $ | 7,80 $ | 6,90 $ | 0,52 % |
| Total | — | 216,40 $ | 238,15 $ | 254,54 $ | 264,70 $ | 264,15 $ | 272,95 $ | 14,52 % |

* En raison de données manquantes, le pourcentage de changement de l'Î.-P.-É. pour la période ne comprend pas les valeurs de 2001-2002. La croissance totale de la période ne comprend pas l'Î.-P.-É.

**Tableau A4.3. Nombre d'ordonnances (en millions) par régime public d'assurance-médicaments, de 2001-2002 à 2007-2008**

| Régime public d'assurance-médicaments | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | Taux de croissance annuelle moyenne (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 15,63 | 15,10 | 16,27 | 18,21 | 20,20 | 21,85 | 23,76 | 7,2 % |
| Alberta | 7,84 | 8,19 | 8,70 | 9,07 | 9,51 | 9,88 | 10,33 | 4,7 % |
| Saskatchewan | 3,84 | 4,09 | 4,34 | 4,71 | 5,10 | 5,48 | 6,54 | 9,3 % |
| Manitoba | 3,93 | 4,31 | 4,68 | 4,86 | 5,31 | 5,57 | 6,17 | 7,8 % |
| Ontario | 55,31 | 62,35 | 70,00 | 77,18 | 83,75 | 91,29 | 102,91 | 10,9 % |
| Nouveau-Brunswick | 2,48 | 2,53 | 2,66 | 2,74 | 2,89 | 3,04 | 3,20 | 4,3 % |
| Nouvelle-Écosse | 2,77 | 2,89 | 3,00 | 3,07 | 3,15 | 3,23 | 3,32 | 3,1 % |
| Île-du-Prince-Édouard* | — | — | — | 0,44 | 0,46 | 0,48 | 0,53 | 6,4 % |
| SSNA | 7,84 | 8,53 | 9,16 | 9,68 | 10,43 | 11,07 | 11,87 | 7,2 % |
| Total | — | — | — | 129,97 $ | 140,79 $ | 151,89 $ | 168,63 $ | 6,8 % |

* Les données sur le nombre d'ordonnances en 2001-2001 et 2003-2004 à l'Î.-P.-É. n'étaient pas disponibles.

# Annexe 5 : Aperçu des régimes de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments

**Tableau A5.1. Régimes de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance par régime public d'assurance-médicaments, de 2001 à 2008**

<table>
<tr><th>Régime public d'assurance-médicaments</th><th>Régime de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance</th></tr>
<tr><td>Colombie-Britannique</td><td>En Colombie-Britannique, les frais d'exécution d'ordonnance ne devaient pas être supérieurs aux frais habituels et coutumiers imputés pour tout médicament sur ordonnance vendu dans la province. Dans le cadre de BC PharmaCare, on acceptait les frais de remboursement qui ne dépassaient pas la moyenne provinciale de plus de 15 %, à condition de donner une approbation particulière. Un pharmacien qui imputait des frais d'exécution d'ordonnance qui étaient de plus de 15 % supérieurs à la moyenne provinciale pouvait présenter directement une demande de paiement à PharmaCare. De 2001 à 2007, les frais remboursables maximaux ont augmenté, passant de 7,60 $ à 8,60 $. Ces frais sont restés inchangés jusqu'en janvier 2009.</td></tr>
<tr><td>Alberta</td><td>En Alberta, on utilisait un barème de remboursement à taux variable fondé sur le prix d'achat réel des médicaments. L'Alberta avait aussi une déduction supplémentaire visant à couvrir les coûts d'inventaire. Dans le tableau ci-dessous, la rangée du haut montre la gamme des prix d'achat, tandis que les rangées qui suivent présentent les montants associés qui ont été remboursés de 2001 à 2007. L'Alberta a remboursé à la fois les frais d'exécution d'ordonnance et la déduction pour inventaire; les valeurs qui sont indiquées représentent donc la somme de ces deux remboursements. Jusqu'au 31 mars 2010, les remboursements de frais sont restés inchangés par rapport aux niveaux de 2007.<br><br>Les données sur les prix remboursés de 2001 à 2006 proviennent du document Alberta Blue Cross Pharmacy Agreement: Schedule of Prices–Historical Document (Alberta Blue Cross, 2006). Les données de 2007 proviennent du document Provincial Drug Benefit Programs (Association des pharmaciens du Canada, de 2001 à 2008).
<table>
<tr><th></th><th>Prix d'achat réel</th><th></th><th></th></tr>
<tr><th>Exercice</th><th>De 0 à 74,99 $</th><th>De 75 à 149,99 $</th><th>150 $ ou plus</th></tr>
<tr><th></th><th colspan="3">Frais d'exécution d'ordonnance remboursés + autre déduction pour inventaire</th></tr>
<tr><td>Du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2001</td><td>10,10 $</td><td>16,20 $</td><td>24,00 $</td></tr>
<tr><td>Du 1er janvier 2002 au 31 juillet 2003</td><td>10,10 $</td><td>16,20 $</td><td>24,00 $</td></tr>
<tr><td>Du 1er août 2003 au 31 mars 2004</td><td>10,40 $</td><td>16,70 $</td><td>24,70 $</td></tr>
<tr><td>Du 1er avril 2004 au 31 mars 2005</td><td>10,61 $</td><td>17,02 $</td><td>25,21 $</td></tr>
<tr><td>Du 1er avril 2005 au 31 mars 2006</td><td>10,93 $</td><td>17,53 $</td><td>25,97 $</td></tr>
<tr><td>Du 1er avril 2006 au 30 septembre 2006</td><td>10,93 $</td><td>17,53 $</td><td>25,97 $</td></tr>
<tr><td>2007</td><td>10,93 $</td><td>17,53 $</td><td>25,97 $</td></tr>
</table>
Parmi les exceptions de l'Alberta en 2007, on trouve les coûts de l'insuline et des contraceptifs oraux : les frais d'exécution d'ordonnance ne pouvaient pas dépasser le prix d'achat du produit médicamenteux multiplié par 5/3. En ce qui concerne les préparations injectables autres que l'insuline, la même formule s'appliquait, le maximum étant de 100 $ de plus que le prix d'achat. Quant aux ordonnances de remèdes composés qui nécessitaient plus de sept minutes de préparation, les frais supplémentaires ne pouvaient pas dépasser 75 cents par minute pour chaque minute suivant les sept premières minutes. Pour ce qui est des frais en vigueur, ils restent inchangés.</td></tr>
<tr><td>Saskatchewan</td><td>La Saskatchewan a conclu avec les propriétaires des pharmacies un accord concernant le remboursement des frais assumés pour les services de délivrance de médicaments. Cela comprenait des frais maximaux d'exécution d'ordonnance, qui ont augmenté cinq fois de 2001 à 2007, passant de 7,22 $ à 7,74 $ en mars 2003, à 7,97 $ en septembre 2003, à 8,21 $ en décembre 2005, à 8,46 $ en octobre 2006 et à 8,63 $ en octobre 2007. Les frais n'ont pas changé en 2008.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Régime public d'assurance-médicaments</th><th>Régime de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance</th></tr>
<tr><td>Manitoba</td><td>Dans le cadre du programme Pharmacare du Manitoba, les frais d'exécution d'ordonnance n'étaient pas réglementés : les frais remboursés correspondaient au montant qu'un pharmacien imputait à un patient. Cette politique a été en vigueur de 2001 à 2008.</td></tr>
<tr><td>Ontario</td><td>Le Programme de médicaments de l'Ontario imposait aux frais d'exécution d'ordonnance remboursés aux pharmaciens un plafond pour chaque ordonnance remplie. Le plafond a augmenté deux fois de 2001 à 2007, passant de 6,47 $ en 2001 à 6,54 $ en 2003 et à 7,00 $ en 2006. Le plafond de remboursement n'a pas changé de 2006 à 2009. Les bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario devaient verser une quote-part pouvant aller jusqu'à 2,00 $ ou 6,11 $ par ordonnance, selon le programme auquel ils étaient admissibles. L'Ontario remboursait aussi aux pharmacies les frais assumés pour mélanger les ingrédients des médicaments. En date d'août 2008, le Programme de médicaments de l'Ontario remboursait jusqu'à deux frais d'exécution d'ordonnance, par médicament, par bénéficiaire et par mois civil. Les préparateurs en pharmacie devaient fournir, une seule fois, la plus petite quantité parmi les suivantes : (i) la quantité entière du produit médicamenteux énuméré dont on a précisé, sur l'ordonnance, qu'elle devait être délivrée une seule fois et (ii) la quantité maximale autorisée par le règlement de la Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario. Il y avait une liste de certains médicaments et de certaines tranches de la population qui étaient exemptés.</td></tr>
<tr><td>Nouveau-Brunswick</td><td>Le Nouveau-Brunswick a établi un barème de remboursement à taux variable des frais d'exécution d'ordonnance selon un prix d'achat moyen de l'ingrédient du médicament par demande. Le barème est resté inchangé de 2001 à 2007.
<table>
<tr><th>Prix d'achat moyen de l'ingrédient du médicament par demande</th><th>Frais maximaux</th></tr>
<tr><td>De 0 $ à 99,99 $</td><td>8,40 $</td></tr>
<tr><td>De 100 $ à 199,99 $</td><td>10,90 $</td></tr>
<tr><td>De 200 $ à 499,99 $</td><td>16,00 $</td></tr>
<tr><td>De 500 $ à 999,99 $</td><td>21,00 $</td></tr>
<tr><td>De 1 000 $ à 1 999,99 $</td><td>61,00 $</td></tr>
<tr><td>De 2 000 $ à 2 999,99 $</td><td>81,00 $</td></tr>
<tr><td>De 3 000 $ à 6 000 $ ou plus</td><td>101,00 $ à 161,00 $</td></tr>
</table>
En ce qui concerne les médicaments qui nécessitaient un mélange, les frais maximaux augmentaient à 12,60 $ lorsque le prix d'achat moyen par demande était inférieur à 100 $; a augmenté à 16,35 $ lorsque le prix d'achat se situait entre 100 $ et 199,99 $, et à 17,00 $ lorsque le prix d'achat moyen par demande se situait entre 200 $ et 499,99 $. Au-delà de 499,99 $, il n'y avait aucuns frais de mélange supplémentaires.<br><br>Le 1er janvier 2009, au Nouveau-Brunswick, les frais d'exécution d'ordonnance relatifs aux demandes visant un ingrédient de médicament coûtant entre 0 $ et 99,99 $ ont augmenté à 8,90 $. D'autres coûts d'ingrédient du barème ont augmenté de manière proportionnelle.</td></tr>
<tr><td>Nouvelle-Écosse</td><td>De 2001 à 2007, la Nouvelle-Écosse a maintenu deux plafonds ou limites de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance selon que le médicament appartenait ou non à la catégorie des médicaments à coût élevé. Un médicament à coût élevé se définit comme un médicament ayant une valeur supérieure à 145 $ par ordonnance ou nécessitant un mélange. En ce qui concerne les médicaments qui n'appartenaient pas à cette catégorie, le plafond a augmenté, passant de 9,17 $ à 10,12 $ de 2001 au 1er août 2007. Quant aux médicaments à coût élevé, le plafond a également augmenté, passant de 13,75 $ à 15,64 $ au cours de cette période. En Nouvelle-Écosse, les médicaments qui étaient facturés aux résidents de maisons de soins infirmiers et de foyers de soins spéciaux, sans jamais être délivrés au patient, faisaient l'objet d'un remboursement particulier. On autorisait des frais de restockage correspondant à 20 % de la valeur du médicament. D'août 2007 à mars 2010, le plafond des frais était de 10,42 $.</td></tr>
</table>

| Régime public d'assurance-médicaments | Régime de remboursement des frais d'exécution d'ordonnance | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Île-du-Prince-Édouard | **Programme(s) et médicaments** | | | | | | | |
| | | Enfants pris en charge, aide financière, renoncement au tabac et maladies transmises sexuellement | | | Contrôle du diabète | | | Aînés, prestation de santé familiale, médicaments à coût élevé | Maison de soins infirmiers (honoraires mensuels fixés par résident)) |
| | Exercice(s) | Ordonnance | Vente libre | Mélange | Médicament par voie orale | Insuline | Bâtonnets diagnostiques | Tous | Tous |
| | De 2001-2002 à 2004-2005 | 7,00 $ | 7,00 $ | 7,00 $ | 7,00 $ | 33 1/3 % | 7,00 $ | NR | 44,50 $ |
| | 2005-2006 | 7,25 $ | 3,75 $ | 10,88 $ | 7,25 $ | 33 1/3 % | 3,75 $ | NR | 45,83 $ |
| | 2006-2007 | 7,50 $ | 5,00 $ | 11,25 $ | 7,50 $ | 33 1/3 % | 5,00 $ | NR | 47,20 $ |
| | 2007-2008 | 7,73 $ | 11,25 $ | 11,60 $ | 7,73 $ | 33 1/3 % | 7,73 $ | NR | 48,63 $ |
| | NR = non réglementé | | | | | | | | |
| SSNA | Dans le cadre des SSNA, les frais d'exécution d'ordonnance étaient remboursés de 2001 à 2008.<br>Le barème d'honoraires était déterminé en fonction des directives des SSNA définies pour la région. | | | | | | | | |

**Tableau A5.2. Politiques des régimes publics d'assurance-médicaments sur l'jour d'approvisionnement, de 2001 à 2008[15]**

| Régime public d'assurance-médicaments | Politique sur le nombre de jours d'approvisionnement |
|---|---|
| Colombie-Britannique | En ce qui concerne les ordonnances à court terme et les nouvelles ordonnances, le nombre de jours d'approvisionnement ne devait pas dépasser 30 jours. Dans le cas des ordonnances répétées de médicaments d'entretien seulement, la limite était de 100 jours d'approvisionnement. L'exception à cette règle était le plan B, qui s'appliquait aux résidents permanents d'installations autorisées de soins de longue durée. Pour ce groupe, la limite de l'approvisionnement était d'un mois, soit habituellement de 35 jours. Le programme BC PharmaCare ne remboursait pas les médicaments requis dans le cadre d'absences prolongées. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2007.<br><br>En février 2009, une nouvelle politique sur la délivrance de médicaments est entrée en vigueur dans le cadre du programme BC PharmaCare[16]. Selon la politique, on s'attendait, dans le cadre du programme PharmaCare, à ce que la plupart des médicaments d'entretien à long terme soient délivrés en quantités de 100 jours d'approvisionnement et que les médicaments à court terme soient délivrés en quantités de 30 jours tout au plus, sauf en cas de nécessité médicale. Si un patient avait besoin de recevoir un médicament plus fréquemment, le médecin ou le pharmacien devait expliquer ce besoin. |
| Alberta | En ce qui concerne les programmes de santé et de mieux-être de l'Alberta, aucun règlement ne stipulait le nombre minimal de jours d'approvisionnement . La limite maximale était de 100 jours d'approvisionnement. Le programme Alberta Seniors and Community Supports comportait des lignes directrices qui énuméraient les médicaments dont la limite du nombre de jours d'approvisionnement était de 31 ou de 100 jours. La limite d'approvisionnement des antibiotiques était de 14 jours. Les autres exceptions à la limite de 100 jours d'approvisionnement comprenaient les médicaments qui traitaient la sclérose en plaques et les maladies auto-immunes. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2008. |
| Saskatchewan | Les médicaments étaient fournis pour 34 jours, à l'exception des médicaments figurant au *Maintenance Drug Schedule*, qui étaient fournis pour 100 jours, ou dans une liste particulière de médicaments qui étaient fournis pour deux mois. Un pharmacien pouvait fournir moins que 100 jours d'approvisionnement à la demande du patient ou selon les indications du médecin. Lorsqu'il y avait moins de 34 jours d'approvisionnement, on encourageait les pharmaciens à en donner les raisons sur le registre d'ordonnance. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2008. |
| Ontario | Le Programme de médicaments de l'Ontario avait une limite du nombre de jours d'approvisionnement de 100 jours. Cent autres jours d'approvisionnement pouvaient être obtenus si la personne était à l'extérieur de la province pour une période prolongée. Pour le premier remplissage d'ordonnance, il y avait une limite de 30 jours d'approvisionnement. Les remplissages suivants avaient une limite de 100 jours et devaient être autorisés. Dans le cas des bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium, l'Ontario remboursait la quantité la plus petite parmi les suivantes : 100 jours d'approvisionnement ou une quantité qui allait jusqu'à 30 jours après la fin de l'admissibilité. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2007.<br><br>En août 2008, on a adopté un règlement qui stipulait qu'une limite de 100 jours d'approvisionnement doit être fournie, sauf dans certains cas, par exemple si le médecin prescripteur indiquait une plus petite quantité ou déterminait que le patient était incapable de gérer les médicaments. Les exceptions étaient les bénéficiaires d'Ontario au travail, à qui les pharmacies devaient délivrer une seule fois une quantité maximale équivalant à 35 jours d'approvisionnement, ainsi que les drogues d'épreuve, qui étaient dispensées sur 30 jours d'approvisionnement. |
| Nouveau-Brunswick | Le Nouveau-Brunswick a établi une limite de 100 jours d'approvisionnement, à l'exception des 35 jours d'approvisionnement pour les narcotiques, les médicaments contrôlés et les benzodiazépines. La limite de 35 jours était prévue dans un règlement de la Loi sur la Pharmacie et s'applique à tous les résidents du Nouveau-Brunswick, et non pas seulement aux bénéficiaires du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Le Plan de médicaments sur ordonnance a établi des limites de quantité pour certains médicaments. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2008. |

15 La source principale de ces tableaux a été le document *Provincial Drug Benefit Programs* (Association des pharmaciens du Canada, de 2001 à 2008). Les données ont été complétées de renseignements trouvés dans le site Web de chaque régime public d'assurance-médicaments.

16 Pour obtenir un résumé de la politique, voir le bulletin du 8 décembre 2008 de BC PharmaCare (*BC Pharmacare 2008*).

| Régime public d'assurance-médicaments | Politique sur le nombre de jours d'approvisionnement |
|---|---|
| Île-du-Prince-Édouard | La plupart des médicaments avaient généralement une limite d de 30 jours d'approvisionnement. Les exceptions comprenaient les médicaments d'entretien (60 jours), les médicaments de désaccoutumance au tabac (de 7 à 14 jours), les médicaments par voie orale destinés aux patients atteints de diabète (90 jours) et les traitements de la sclérose en plaques (32 jours)[17]. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2008. |
| Nouvelle-Écosse | Sauf dans certains cas, les pharmaciens remplissaient les ordonnances pour 100 jours tout au plus, le seuil étant de 28 jours. En Nouvelle-Écosse, on ne payait pas des frais d'exécution d'ordonnance multiples lorsque la quantité de médicaments délivrés était inférieure à la quantité de médicaments prescrits[18]. Aucun changement important n'a été apporté à ces politiques de 2001 à 2008. |
| SSNA | La Politique d'approvisionnement à court terme pour les médicaments à usage chronique est entrée en vigueur en septembre 2008. Avant cette date, dans le cadre des SSNA, on n'imposait aucune limite au nombre de jours d'approvisionnement par ordonnance. Selon cette politique, un pharmacien peut soit facturer les SSNA tous les 28 jours pour obtenir un remboursement des frais d'exécution d'ordonnance, soit facturer les SSNA chaque jour, s'il le désire; cependant, dans ce dernier cas, seul le vingt-huitième des frais d'exécution d'ordonnance sera remboursé. La Politique s'applique aux médicaments servant à traiter les conditions chroniques, qui figurent dans une liste particulière publiée par les SSNA. |

17 Politique en vigueur à l'Î.-P.-É.

18 Politique en vigueur en Nouvelle-Écosse.

**Tableau A5.3. Politiques des régimes publics d'assurance-médicaments sur la marge bénéficiaire, de 2001 à 2008[19]**

| Régime public d'assurance-médicaments | Politique sur la marge bénéficiaire |
|---|---|
| Colombie-Britannique | De 2004 à 2008, on n'autorisait pas l'ajout d'une marge bénéficiaire au prix d'achat réel de l'ingrédient du médicament. Au cours de ces années, les prix établis par BC PharmaCare correspondaient à une limite de marge bénéficiaire de gros de 7 % du coût direct de l'ingrédient. En 2003, PharmaCare a autorisé une marge bénéficiaire de 7 % supérieure au prix d'achat, tandis qu'en 2001 et 2002, on n'a pas autorisé de marge bénéficiaire. |
| Alberta | À une exception près, de 2001 à 2008, l'Alberta n'avait pas de marge bénéficiaire sur le coût des ingrédients des médicaments. L'exception était les demandes extraprovinciales de facturation directe, qui autorisaient des frais accessoires. |
| Saskatchewan | De 2001 à 2008, la Saskatchewan imposait une limite de 20 $ par ordonnance à la marge bénéficiaire (conformément à l'accord avec les propriétaires de pharmacies). La marge bénéficiaire variait selon le coût des médicaments sur ordonnance, comme suit.<br>Coût des médicaments sur ordonnance — Marge bénéficiaire (% du coût des médicaments)<br>De 0 $ à 6,30 $ — 30 %<br>De 6,31 $ à 15,80 $ — 15 %<br>De 15,80 $ à 200 $ — 10 %<br>Plus de 200 $ — 20 $ par ordonnance |
| Manitoba | De 2001 à 2006, le Manitoba avait une marge bénéficiaire sur les produits médicamenteux. De 2006 à 2008, on a mis fin à cette pratique, en n'autorisant plus l'ajout d'une marge bénéficiaire au prix d'achat réel auprès du fabricant. |
| Ontario | De 2001 à 2006, il y avait une marge bénéficiaire de 10 %, qui a été diminuée à 8 % en 2007. Cette pratique est restée inchangée en 2008. On calcule la marge bénéficiaire à l'aide d'un pourcentage du prix des produits médicamenteux au titre du régime de médicaments, tel qu'il est établi sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario.<br>Depuis 2006, les demandes de remboursement des coûts assumés par l'exploitant ne sont plus acceptées. |
| Nouveau-Brunswick | De 2001 à 2008, le Nouveau-Brunswick n'avait pas de marge bénéficiaire sur le coût des ingrédients des médicaments. |
| Nouvelle-Écosse | De 2001 à 2008, à quelques exceptions près, le programme Pharmacare de la Nouvelle-Écosse n'avait pas de marge bénéficiaire. Les exceptions étaient les préparations injectables et les fournitures de stomie. |
| Île-du-Prince-Édouard | De 2003 à 2008, l'Île-du-Prince-Édouard autorisait une marge bénéficiaire dans le cadre de ses programmes relatifs aux aînés, à la prestation de santé familiale et à la sclérose en plaques. De 2003 à 2006, la marge bénéficiaire était fixée à 7,5 % du coût des ingrédients lorsque ce coût était égal ou supérieur à 45 $. En 2007, la marge bénéficiaire a augmenté à 8,5 % du coût des ingrédients lorsque ce coût était égal ou supérieur à 53 $. Cette pratique est restée inchangée en 2008. |
| SSNA | De 2001 à 2008, les marges bénéficiaires étaient autorisées dans le cadre des SSNA. La marge bénéficiaire était déterminée selon les directives d'établissement des prix pour les prestations pharmaceutiques du Programme des SSNA définie pour la région. |

[19] La source principale de ces tableaux a été le document Provincial Drug Benefit Programs (Association des pharmaciens du Canada, de 2001 à 2008). Les données ont été complétées de renseignements trouvés dans le site Web de chaque régime public d'assurance-médicaments.